Title:	Ilm-e-Amraaz-Un-Nisa
Author:	Aden T. Watson
Translator:	Ghulam Dastgeer
Subject:	Women-Diseases

سلسلۂ نصابات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

علم امراض النسا

مصنفہ

ٹی۔ واٹس ایڈن ایم۔ ڈی، سی۔ ایم (ایڈنبرگ)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ)، ایف۔ سی۔ او۔ جی

و

کتھبرٹ لاکئیر ایم۔ ڈی، بی۔ ایس (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈن)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (ایڈنبرگ)، ایف۔ سی۔ او۔ جی

(چوتھا ایڈیشن)

از

ایچ۔ بیک وتھ وائٹ ہوس ایم۔ بی، ایم۔ ایس (لنڈن)، سی ایچ۔ ایم (برمنگھم)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (انگلستان)، ایف۔ سی۔ او۔ جی، ایف۔ اے۔ سی۔ ایس (آنریری)

جلد دوم

معہ ۲۱ صفحہ جات رنگین و ۳۸۵ تصاویر متن

مترجمہ

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم۔ بی، بی۔ ایس، منشی فاضل رکن شعبۂ تالیف و ترجمہ جامعہ عثمانیہ سرکار عالی

سنہ ۱۳۶۴ھ م سنہ ۱۳۵۴ف م سنہ ۱۹۴۵ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

فہرست مضامین

صفحہ

	صفحہ
باب سوم ۔ امراض رحم	۱
(۱) درون رحمہ اور عضلۂ رحم کی امراضیاتی کیفیتیں	۱
ا ۔ ذبول	۴
ب ۔ بیش تکون اور نزفی رحمی مرض	۵
ج ۔ درون رحمی التہاب	۱۴
۱ ۔ حاد جسمی	۱۵
۲ ۔ مزمن جسمی	۱۶
۳ ۔ پیرانہ	۳۰
۴ ۔ رحمی اجتماع ریم	۳۴
۵ ۔ حاد عنقی	۳۶
۶ ۔ مزمن عنقی (عنقی التہاب اور تاکل)	۳۸
د ۔ رحمی سبائک	۵۳
ھ ۔ مزمن زیر التفاف	۵۶
ز ۔ مزمن التہاب الرحم	۶۳
(۲) رحم کی نو بالیدیں	۷۰
ا ۔ رحم کی سلیم سرطلی بالیدیں	۷۱
۱ ۔ جسم رحم کا سادہ غدی سلعہ	۷۱

	صفحہ
۲- جلیمہ دار غدی سلعہ	۷۳
۳- عنق الرحم کا سادہ غدی سلعہ	۷۶
۴- رحمی سعدانے	۷۸
ب- لیفی عضلی سلعہ (رحم کے سلعات لیفیہ)	۹۱
ا- عمومی امراضیاتی تشریح	۹۱
۲- سلعاتِ لیفیہ کے ثانوی تغیرات	۱۱۶
۳- سلعات لیفیہ کے خبیث تغیرات	۱۳۰
۴- سلعاتِ لیفیہ کے عمومی سریری خصائص	۱۳۸
۵- سلعاتِ لیفیہ اور حمل	۱۴۰
۶- سلعاتِ لیفیہ کے علامات	۱۴۲
۷- سلعاتِ لیفیہ کے طبیعی امارات	۱۵۳
۸- سلعات لیفیہ کا علاج	۱۵۴
ج- دروں رحمی سلعہ (غدی عضلی سلعہ)	۱۶۳
د- رحم کی خبیث بالیدیں	۱۸۵
ا- سرطانِ عنقِ رحم	۱۸۸
امراضیاتی تشریح	۱۸۸
سریری خصائص	۲۱۵
عنق رحم کے سرطان کا علاج	۲۲۵
۲- جسم رحم کا سرطان	۲۵۱
امراضیاتی تشریح	۲۵۱
سریری خصائص	۲۵۹
جسم رحم کے سرطان کا علاج	۲۶۲
۳- سلوی سرطانی سلعہ	۲۶۶
۴- رحم کا سلعۂ لحمیہ	۲۷۵
۵- رحم کا درحلمی سلعہ اور گرد درحلمی سلعہ	۲۹۱

صفحہ

(۳) رحم کے تغیرات اور رحمی غیر وضعیتیں ۲۹۳
ا۔ عنق کی دریدگیاں اور عنق کا شترۂ خارجی ۲۹۳
ب۔ جسم رحم کے تغیرات ۲۹۸
ج۔ رحم کا مزمن ارتکاس ۳۰۰
د۔ غیر وضعیتیں ۳۰۷
۱۔ پیش گردی ۳۱۱
۲۔ پیش خمیدگی ۳۱۱
۳۔ پس گردی ۳۱۳
۴۔ پس خمیدگی ۳۱۶

باب چہارم۔ اعضائے حوض کا سقوط

۳۳۲
(۱) مرضی تشریح ۳۳۲
ا۔ رحم کا سقوط ۳۳۴
ب۔ عجان کی دریدگی ۳۳۸
ج۔ قیلہ مثانیہ ۳۴۲
د۔ قیلہ مستقیمیہ ۳۴۳
ہ۔ عنق کا بیش پرورشی تطول ۳۴۵
(۲) سقوط کے علامات ۳۴۷
(۳) سقوط کا علاج ۳۵۰

باب پنجم۔ فلوپی نلیوں کے امراض

۳۵۷
(۱) انبوبی دویرے اور رباط عریض کے دویرے ۳۵۷
ا۔ مصلیتی دویرے ۳۵۸
ب۔ مخاطیتی دویرے ۳۵۹

صفحہ

ج- خلقی اصل کے دورے ۳۶۰
۱- استسقائے زدانبوبہ ۳۶۰
۲- استسقائے انبوبۂ زائد ۳۶۱
۳- استسقائے انبوبۂ زائد کے مماثلات ۳۶۲
۴- مارگینی کا کیسہ ۳۶۲
۵- جھالر کے دورے ۳۶۲
۶- جارالمبیضی دورے ۳۶۷
۷- کوبلٹ کی نلیوں کے دورے ۳۶۹
(۲) فلوپی نلی کا التہاب ۳۶۹
ا- نازلتی التہاب انبوبہ ۳۷۱
۱- استسقائے انبوبہ ۳۷۱
۲- انبوبی اجتماع الدم ۳۷۵
ب- تقیحی انبوبی التہاب ۳۷۶
انبوبی اجتماع ریم ۳۷۹
ج- رخنکی انبوبی التہاب ۳۸۸
د- مزمن انبوبی مبیضی التہاب ۳۹۱
۱- انبوبی مبیضی دورہ ۳۹۳
۲- انبوبی مبیضی خراج ۳۹۳
ہ- نلیوں اور مبیضین کے التہاب کے سریری خصائص ۳۹۴
و- انبوبی مبیضی التہاب کا علاج ۳۹۸
(۳) فلوپی نلیوں کی نوساختیں ۴۰۲
ا- حلیمی سلعہ ۴۰۲
۱- ابتدائی ۴۰۲
۲- ثانوی ۴۰۵

	صفحہ
ب ۔ غدی سرطانی سلعہ	۴۰۶
ج ۔ ابتدائی سلوی سرطانی سلعہ	۴۱۱
باب ششم ۔ مبیض کے امراض	۴۱۲
(۱) مبیض کی غیر وضعیتیں	۴۱۲
ا ۔ مبیض کا سقوط	۴۱۳
ب ۔ مبیض کا فتق	۴۱۴
(۲) مبیض کا التہاب	۴۱۵
ا ۔ گرد مبیضی التہاب	۴۱۵
ب ۔ حاد رخنکی التہاب مبیض	۴۱۶
مبیضی خراج	۴۱۷
ج ۔ مزمن رخنکی مبیضی التہاب	۴۲۱
(۳) گرافی جراب اور جسم اصفر کی مرضی کیفیتیں	۴۲۲
ا ۔ نقلبی دوری مرض	۴۲۴
ب ۔ غلافی لیوٹینی قیری دویرے	۴۳۷
ج ۔ ذراتیتی لیوٹینی قیری دویرے	۴۳۸
د ۔ جسم اصفر کے قیری دویرے	۴۳۹
(۴) مبیض کا درون رحمی سلعہ	۴۴۱
(۵) مبیض کی نوساختیں	۴۴۸
ا ۔ تقسیم	۴۵۰
ب ۔ مبیض کا دوری غدی سلعہ	۴۵۳
۱ ۔ کاذب مخاطینی دوری غدی سلعہ	۴۵۶
۲ ۔ حلیمی مصلی دوری غدی سلعہ (حلیمہ دار دویرہ)	۴۶۵
ج ۔ مبیض کا سرطانی سلعہ	۴۷۰

صفحہ

مبیض کا ابتدائی سرطانی سلعہ ۴۷۱
د - مبیض کے سادہ مصلی دوپرے ۴۷۶
ھ - مبیض کے ذراتینی خلوی سلعات ۴۷۸
و - مبیض کا لیوٹینی سلعہ ۴۸۷
ز - مبیض کا درحلمی سلعہ اور گرد درحلمی سلعہ ۴۸۹
گرد درحلمی سلعہ ۴۹۲
ح - مبیض کے انفصالی بافت کے سلعات ۴۹۴
۱ - لیفی سلعات ۴۹۴
۲ - عضلی لیفی سلعات اور عضلی سلعات ۴۹۷
۳ - سلعہ لحمیہ ۴۹۷
مخطط عضلی لحمی سلعہ ۵۰۱
۴ - درحلمی سلعہ اور گرد درحلمی سلعہ ۵۰۲
ط - صنفی خلیات سے مشتق سلعات مبیض ۵۰۲
مسخوطی سلعات ۵۰۲
۱ - مسخوطی سلعی دوپرے : مبیضی ادمیات ۵۰۵
۲ - ٹھوس مبیضی مسخوطی سلعات ۵۱۳
ی - مبیض کے مرکب سلعات ۵۱۶
ک - بیرونی اصل کی مبیضی نوساختیں ۵۱۷
۱ - ثانوی مبیضی سرطانی سلعہ ۵۱۸
۲ - مبیض کے کروکنبرگ کے سلعات ۵۲۲
ل - مبیض کے سلعات کی پیچیدگیاں ۵۲۵
۱ - محوری گردش ۵۲۵
۲ - سرایت ۵۲۷
۳ - انشقاق ۵۲۸

صفحہ

۴۔ انضمامات ۵۳۰
۵۔ خبیث بعد تکوین ۵۳۲
۶۔ ٹھوس سلعات میں انحطاط ۵۳۲
م۔ بیض کے سلعات کے سریری خصائص ۵۳۲
۱۔ سلیم دویری سلعات کے علامات اور طبیعی امارات ۵۳۴
۲۔ سلیم ٹھوس سلعات کے علامات اور طبیعی امارات ۵۴۰
۳۔ خبیث بیضی سلعات کے علامات اور طبیعی امارات ۵۴۱
ن۔ بیضی سلعات میں ثانوی تغیرات کے وقوع کے سریری خصائص ۵۴۳
۱۔ محوری گردش ۵۴۳
۲۔ التہاب اور سرائت ۵۴۴
س۔ بیضی سلعات اور حمل ۵۴۵
ف۔ بیضی سلعات کا علاج ۵۴۷
(۶) پس باریطونی سلعات ۵۴۸
ا۔ باط عریض کا شحمی سلعہ ۵۵۲
ب۔ ثرب کا شحمی سلعہ ۵۵۳

حصۂ چہارم۔ امراض النسا کی تشخیص اور انکا علاج

(۱) بحث علامات بلحاظ تشخیص ۵۵۷
ا۔ نزف ۵۵۷
ب۔ مواد ۵۶۹
ج۔ درد ۵۷۳
د۔ اختلالات تبول ۵۷۷
(۲) حادثکی حوضی ضررات کی تشخیص ۵۸۱

	صفحہ
(۳) مزمن حوضی التہابی ضررات کی تشخیص	۵۸۸
(۴) حوضی اصل کے شکمی اورام کی تشخیص	۵۹۲
ا۔ سلعات رحم کی تشخیص	۵۹۵
ب۔ بیضی سلعات کی تشخیص	۶۰۲
(۵) دروں حوضی اورام کی تشخیص	۶۰۹
ا۔ چھوٹے دروں حوضی بیضی دویروں کی تشخیص	۶۱۰
ب۔ حوضی قلیلہ دمویہ کی تشخیص	۶۱۲
ج۔ رحم کی یکساں کلانی کی تشخیص	۶۱۴
(۶) عنق رحم کی مرضی حالتوں کی تشخیص	۶۱۷
(۷) فرج کے اورام اور تقرحات کی تشخیص	۶۱۹

حصہ پنجم ۔ عملیتی امراض النسا

باب اوّل ۔ نسائیاتی عملیہ جات کا طریقۂ عمل	۶۲۳
(۱) مریضہ کو طیار کرنا	۶۲۳
(۲) عملیہ کا عمومی انصرام	۶۲۵
ا۔ انسداو سرائت	۶۲۵
ب۔ عملیہ کا رقبہ	۶۲۶
(۳) اوزاروں، بچاروں اور گرہوں کا طیار کرنا۔	۶۳۰
(۴) عدم حسیت اور بے حسی درد	۶۳۲
(۵) صدمہ کے انسداد کیلئے عمومی تدابیر	۶۳۴
(۶) سرجن اور مددگار	۶۳۵
(۷) عملیہ کا عمومی انصرام	۶۳۶

صفحہ

باب دوم۔ شکمی عملیہ جات ۶۴۶

(۱) عضلی سلعہ برآری ۶۴۶
(۲) قریب الکل رحم برآری یا فوق مہبلی بتر ۶۵۱
ا۔ بار ڈ ہیور کی قریب الکل رحم برآری ۶۵۵
ب۔ کیلی کی قریب الکل رحم برآری ۶۵۶
(۳) کلی شکمی رحم برآری یا کامل رحم برآری ۶۵۸
ا۔ ڈوئن کی مکمل رحم برآری ۶۶۴
ب۔ برآئیور کی مکمل رحم برآری ۶۶۴
ج۔ رحمی تراشش کے ذریعہ سے رحم برآری ۶۶۵
د۔ عنق الرحم کے سرطانی سلعہ کی رحم و مہبل برآری (ورتہائیم کی رحم براری) ۶۶۵
(۴) مبیض شگافی ۶۷۶
ا۔ دواعی ۶۷۷
ب۔ ترکیب عمل ۶۷۷
ج۔ رباط عریض کے دویروں کا دور کرنا ۶۸۲

ضمیمہ جات رحم پر کے عملیہ جات ۶۸۵

ا۔ دواعی ۶۸۵
ب۔ انبوبہ و مبیض برآری ۶۸۶
ج۔ انبوبہ براری ۶۹۰
د۔ انبوبہ شگافی ۶۹۱
ہ۔ انبوبی تفویہ ۶۹۱
و۔ انبوبی پیوند ۶۹۲

صفحہ

ز- جزوی بیض برآری ٦٩٢
ح- بیضی پیوند ٦٩٣

رحمی غیر وضعیتوں کیلئے عملیہ جات ٦٩٦

ا- گلیم کا عملیہ تحت باریطونی راستہ سے ٦٩٦
ب- پس گردی کیلئے بالڈ ی ویبسٹر کا یا آونگی عملیہ ٦٩٩
ج- پس گردی کیلئے وآن روئی کا عملیہ ٧٠٢
د- تثبیت بالبطن - تثبیت الرحم ٧٠٣
(۵) زائدہ برآری ٧٠۵

باب سوم - مہبلی اور فرجی عملیہ جات ٧١٠

(۱) عنق کا اتساع اور جرف ٧١٠
(۲) مہبلی عضلی سلعہ برآری ٧٢١
ا- عنقی سعدانے ٧٢١
ب- دررحمی سعدانے ٧٢٣
ج- تقریض کے ذریعہ سے مہبلی عضلی سلعہ برآری ٧٢۴
(۳) مہبلی رحم برآری ٧٣١
ورتزکی مہبلی رحم برآری ٧٣٩
(۴) مہبل شگافی ٧۴۴
ا- موخر مہبل شگافی ٧۴۴
ب- مقدم مہبل شگافی ٧۴٦
(۵) عنق رحم پر کے تکوینی عملیہ جات ٧۴٧
ا- عنق دوزی (بونی کا طریقہ) ٧۴٧
ب- سٹرمڈارف کا عملیہ ٧۵۵

صفحہ

ج۔ عنق کا بتر ۷۵۵
د۔ شروڈر کا جزوی بتر ۷۵۷
ہ۔ عقم کیلئے پوزی کا عملیہ ۷۵۸
(۶) سقوط کیلئے تکوینی عملیہ جات ۷۶۲
ا۔ قیلہ مثانیہ کا علاج شافی ۷۶۳
ب۔ رحم کے سقوط کیلئے "مانچسٹر کا عملیہ" ۷۷۱
ج۔ رحم کی تدخیل ۷۷۷
د۔ لی فورٹ کا عملیہ ۷۷۸
ہ۔ قیلہ مستقیمیہ کا علاج شافی۔ موخر تکوین مہبل ۷۸۲
(۷) رحم کے انعکاس کیلئے عملیہ جات ۷۸۷
ا۔ دواعی ۷۸۷
ب۔ سپائی نیلی کا عملیہ ۷۸۷
(۸) فرج پر کے عملیہ جات ۷۹۰
ا۔ تکوینی عملیہ جات ۷۹۰
۱۔ عجان دوزی ۷۹۱
۲۔ فرج کی بے انثقابی ۸۰۶
۳۔ فوق مبالیت کے لئے عملیہ ۸۰۷
ب۔ سرطانی سلعہ کیلئے فرج کا استیصال ۸۰۸
ج۔ بارتھولین کے دویرہ کا استیصال ۸۱۷
د۔ بارتھولین کا اخراج ۸۱۸
ہ۔ زہراوی مسوں کا استیصال ۸۱۹
و۔ قنال نک کے قیلہ مائیہ کا استیصال ۸۱۹
(۹) مبال پر کے عملیہ جات ۸۲۱
ا۔ مبالی لحیمہ کے لئے ۸۲۱

صفحہ

ب۔ مبال کے سقوط کیلئے ۸۲۱
ج۔ مبالی عطفہ کے لئے ۸۲۲
د۔ سلس البول کیلئے ۸۲۳
(۱۰) مہبل پر کے عملیہ جات ۸۲۳
أ۔ تکوینی عملیہ جات ۸۲۳
۱۔ مہبل کی بے انثقابی کیلئے ۸۲۴
۲۔ مہبل کی خلقتی عدم موجودگی کے لئے ۸۲۴
۳۔ مہبلی فاصل کے لئے ۸۲۵
۴۔ ناسوروں کے لئے عملیہ جات ۸۲۵
مثانی مہبلی ناسورات کیلئے ۸۲۶
مستقیمی مہبلی ناسورات کیلئے ۸۳۳
ب۔ مہبلی دویروں کا استیصال ۸۳۴
ج۔ مہبل کے ٹھوس سلیم سلعات کا استیصال ۸۳۵
د۔ مہبل کے سرطانی سلعہ کا استیصال ۸۳۶
(۱۱) عصعص برآری ۸۳۷

باب چہارم۔ نسائیاتی عملیہ جات کا علاج مابعد

باب چہارم۔ نسائیاتی عملیہ جات کا علاج مابعد ۸۳۹
(۱) سادہ شکمی عملیہ کا علاج مابعد ۸۳۹
أ۔ فوری علاج ۸۳۹
ب۔ پہلے چوبیس گھنٹہ کے بعد کا علاج ۸۴۳
(۲) شکم شگافی کے بعد کی پیچیدگیاں ۸۴۵
أ۔ جراحی صدمہ ۸۴۵
ب۔ متوالی نزف ۸۴۹
ج۔ شکم کا حاد تمدد ۸۵۰

صفحہ

۱۔ التہاب باربطون ۸۵۰
۲۔ معوی تسدد۔ میکانی ایلاؤس ۸۵۴
۳۔ معوی استرخاء (شللی ایلاؤس) ۸۵۶
۴۔ معدہ کا حاد اتساع ۸۵۷
۵۔ بولی پیچیدگیاں ۸۵۸
۱۔ انقطاع البول ۸۵۸
۲۔ التہاب مثانہ ۸۵۹
۳۔ بولی ناسورات ۸۶۰
۶۔ شکم کا شگاف ۸۶۰
۱۔ شکم کے زخم کی سرائت ۸۶۰
۲۔ زخم شکم کا انشقاق ۸۶۱
۳۔ برازی ناسورات ۸۶۲
و۔ بعد عملیتی التہاب نکفیہ ۸۶۲
ز۔ بعد عملیتی التہاب ورید ۸۶۳
ح۔ ریوی سدادیت ۸۶۳
ط۔ ریوی انضمام ۸۶۴
(۳) مہبلی عملیہ جات کا علاج مابعد ۸۶۵
ا۔ بڑے بڑے مہبلی عملیہ جات ۸۶۵
ب۔ مہبلی بولی اور برازی ناسورات ۸۶۵
ج۔ چھوٹے چھوٹے مہبلی عملیہ جات ۸۶۵

اشاریہ

رنگین صفحہ جات کی فہرست

صفحہ

	صفحہ
۱۵ - نزفی رحمی مرض (Metropathia Hæmorrhagica) (شرو ڈر کا مرض)-	۵
۱۶ - مزمن دروں رحمی التہاب (Chronic Endometritis)-	۱۷
۱۷ - رحمی اجتماعِ ریم (Pyometra)-	۳۵
۱۸ - عنق کا تآکل (Cervical Erosion) (سادہ، حلیمی اور جرابی اقسام)-	۴۱
۱۹ - وضع حمل کے بعد اور مزمن التہاب الرحم (Chronic Metritis) میں شریانوں کا التفاف (involution)-	۵۷
۲۰ - باکرہ اور صاحب ولادت عورتوں کے رحم کے عروق -	۵۸
۲۱ - سادہ رحمی بیش پرورش (Uterine Hypertrophy) (ا) اور رحم کے مزمن زیر التفاف (Chronic Subinvolution) (ب) میں عروق و موی -	۵۸
۲۲ - عنق کا لیفی غدی سعدانہ (Fibroadenomatous Polypus)-	۶۸
۲۳ - لیفی عضلی سلعی رحم (Fibromyomatous Uterus) کی حمل سے پیچیدگی جس میں لیفیہ (fibroid) میں سرخ انحطاط موجود ہے -	۹۱
۲۴ - رحم کے سلعات لیفیہ میں انحطاطی اعمال -	۱۱۶
۲۵ - رحم جس میں سلعات لیفیہ موجود ہیں اور جن پر سرطان کا حملہ ہو چکا ہے -	۱۳۵
۲۶ - رحم کے دروں رحمی سلعہ (Endometrioma) (غدی عضلی سلعہ (Adenomyoma: (ا) کا مقابلہ رنگی لیفی سلعہ (ب) سے	

صفحہ صفحہ

کیا گیا ہے۔ ۱۶۳

۲۷ — رحم کا دروں رحمی سلعہ (غدی عضلی سلعہ)۔ ۱۸۱

۲۸ — رحم کا سرطانی سلعہ جس سے جسم اور عنق دونوں ماؤف ہیں۔ ۱۸۵

۲۹ — سلوی سرطانی لمعہ (Chorionic Carcinoma) (ا) رحم کا، (ب) پھیپھڑے کا۔ ۲۶۶

۳۰ — عنق کا شترۂ خارجی (Ectropion of Cervix) اور مزمن دروں رحمی التہاب۔ ۲۹۵

۳۱ — تحت الحاد تقیحی انبوبی التہاب (Suppurative Salpingitis)۔ ۳۷۶

۳۲ — جسم اصفر کا دموی سلعہ (Hæmatoma) (جسم اصفر کا قیری دویرہ Tarry Corpus Luteum Cyst:)۔ ۴۴۰

۳۳ — بیض کی دروں رحمیت (Endometriosis of Ovary)۔ ۴۴۳

۳۴ — بیضی دویرہ (Ovarian Cyst) جس میں ساتھ کے حاد تلوی (acute torsion) کا اثر ظاہر ہے۔ ۵۲۶

۳۵ — رباط عریض کا شحمی سلعہ (Lipoma) جو بیض کے ایک دویری مسخ طی سلعہ (Cystic Teratoma) کے ساتھ پیچیدگی کے طور پر موجود ہے۔ ۵۵۲

بسلسلۂ جلد اوّل

حصّہ سوم

خطّی امراض النسا

401

حصّہ سوم ۔ باب سوم

امراضِ رحم

درونِ رحمہ اور عضلۂ رحم کی امراضیاتی کیفیتیں

(PATHOLOGICAL CONDITIONS OF THE ENDOMETRIUM AND METRIUM)

اس باب میں رحم کے مندرجۂ ذیل امراضیاتی ضررات کا ذکر کیا جائے گا :۔

(ا) درونِ رحمہ کا ذبول۔

(ب) درونِ رحمہ کا بیش تکون اور نزفی رحمی مرض (Metropathia Hæmorrhagica)-

(ج) درونِ رحمی التہاب (Endometritis)-

حاد جسمی (Acute corporeal)-

مزمن جسمی (Chronic corporeal)-

حاد عنقی (Acute cervical)—التہاب عنق۔

مزمن عنقی (Chronic cervical)—تاآکل۔

(د) درونِ رحمی "سبیکے" ("Endometrial "casts)-

(س) مزمن زیر التفاف (Chronic sub-involution)-

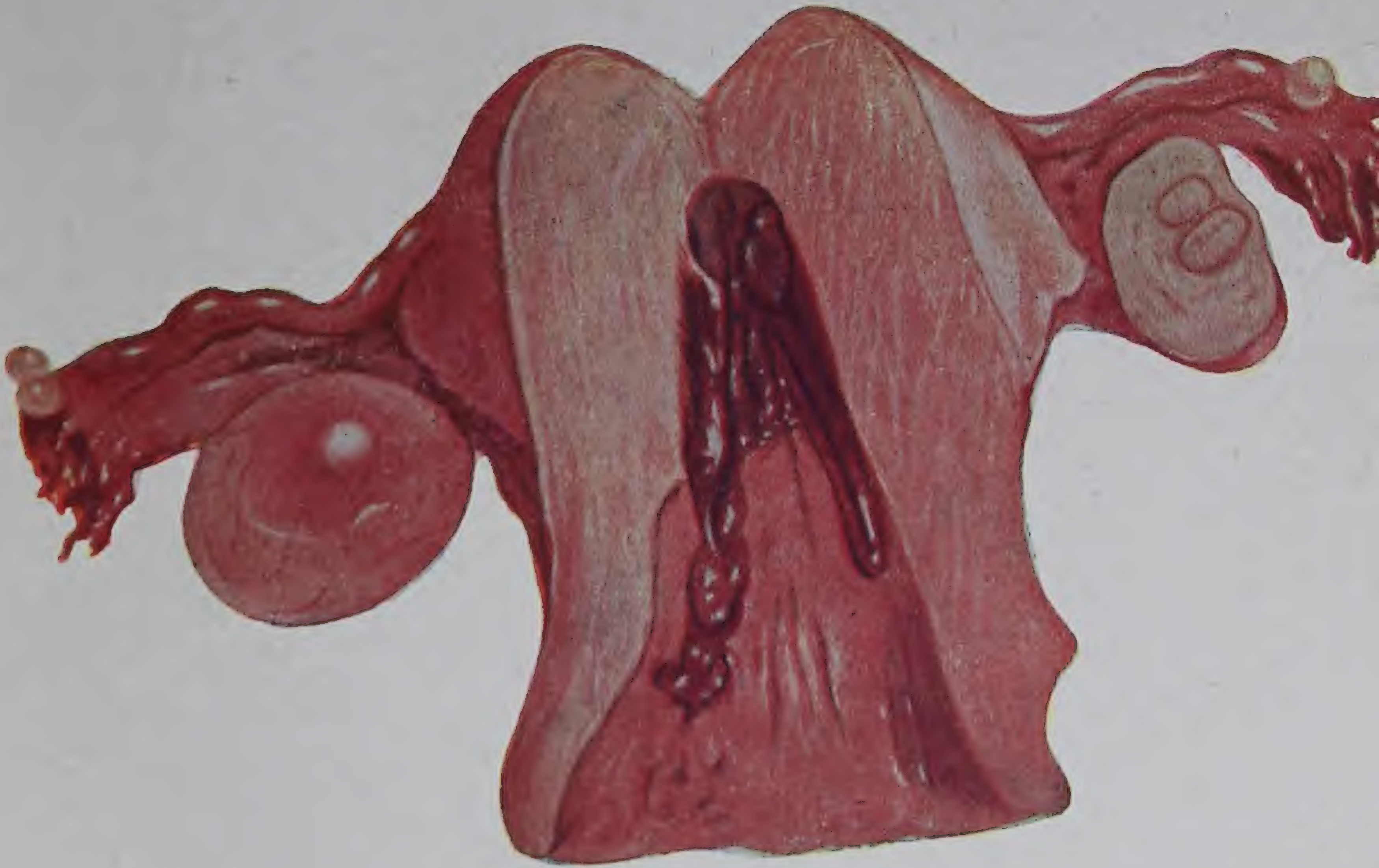
(س) مزمن التہاب الرحم (Chronic metritis)۔

درون رحمہ کا ذبول

(ATROPHY OF THE ENDOMETRIUM)

درون رحمہ کی امراضیاتی کیفیتوں کی سائنٹیفک تحقیقات کی ابتدا کے متعلق یہ کہا جاسکتا ہے کہ یہ ۱۸۴۳ء میں ریسیمیئر (Récamier) کے مجرفِ رحم (uterine curette) کے استعمال کو رواج دینے سے ہوئی۔ اس آلہ کے استعمال سے درون رحمہ کے ٹکڑے ایسے اصابات سے حاصل کئے گئے جن میں نزفِ رحم سریری طور پر پایا جاتا تھا' اور اس طرح بافتوں کے مختلف امراضیاتی مناظر کو التہابی اسباب سے منسوب کرنے کی غلطی کا ارتکاب ہوا۔ یہی وجہ ہے کہ نسائیاتی امراضیات کے مطالعہ کے اوائل میں درون رحمہ کے ذبول اور اسکی بیش پرورش دونوں کو غلطی سے التہاب کی علامت تصور کیا جاتا تھا' اور اس غلطی کی مداومت سے بہت ساخلط مبحث پیدا ہوا جسکی تصحیح سنینِ حال ہی میں بیض اور رحم کی فعلیات کی معلومات میں اضافہ ہونے سے ہوئی ہے۔

سن یاس پر اور اس کے بعد جب رحم سکڑتا ہے تو اس کے ساتھ ہی درون رحمہ بھی مذبول اور باریک ہوجاتا ہے۔ غدد کی جسامت کم ہوجاتی ہے' ان کے دہنے بند ہوجاتے ہیں' اور یہ چھوٹے چھوٹے دویرہ نما جرابات کی شکل اختیار کر لیتے ہیں (دیکھو شکل ۲۴۰)۔ ہیکل بھی اتصالی بافت کے بننے سے لیفیتی (fibrotic) اور کثیف ہوجاتا ہے۔ یہ منظر طبعی التفاف (involution) کا نتیجہ ہے جو مبیضی فعل کے انقطاع (جو خواہ فعلیاتی ہو یا مبیضین کے جراحی اخراج سے پیدا شدہ ہو) کے بعد واقع ہوتا ہے۔ جو تغیر درون رحمہ میں واقع ہوتا ہے اس میں کوئی چیز امراضیاتی نہیں ہوتی' لیکن ذبول کی اس حالت پر سرائت کا اضافہ اکثر ہوجاتا ہے اور اس طرح صادق شیخوخی درون رحمی التہاب (senile endometritis) پیدا ہوجاتا ہے (دیکھو صفحہ 417)۔

گاہے گاہے اس ذبول میں جو سنِ یاس کے بعد واقع ہوتا ہے سطحی سرحلمہ اور غدد کے استر کے سرحلمہ میں بعد تکوین (metaplasia) واقع ہوجاتی ہے' اور یہ فلسمانی ہوجاتا ہے۔ اس دلچسپ تغیر کو "بیاضی سطحیتِ رحم" ("leukoplakia uteri") کے نام سے موسوم کیا گیا ہے' اور اس حالت سے جسمِ رحم میں فلسمانی خلیہ دار سرطان (squamous-celled cancer) کے

نزفی رحمی مرض

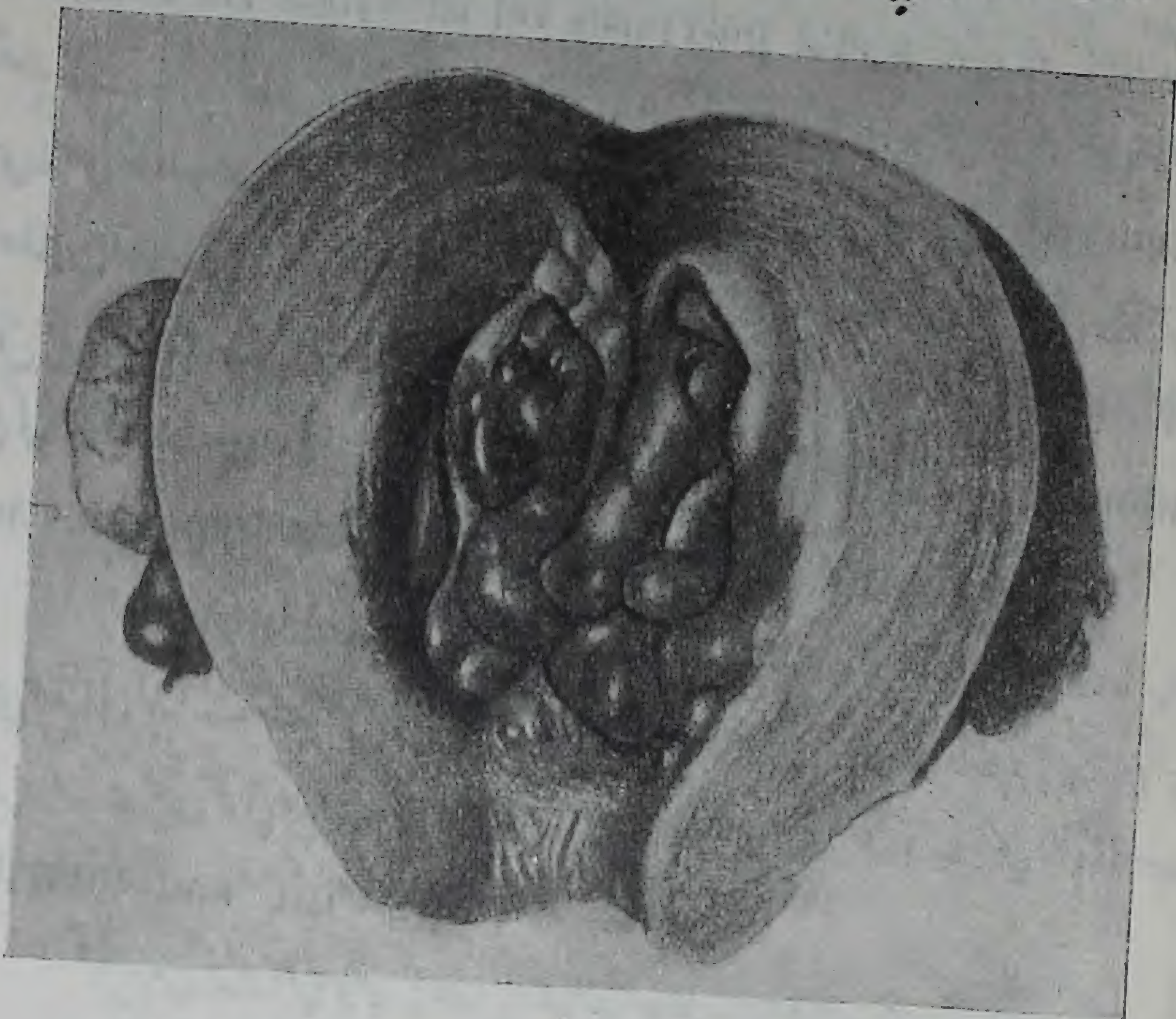
(Metropathia Haemorrhagica) (ڈبلیو شا :W. Shaw)- رحم اور زوائد۔
رحم کی عضلی دیوار کی دبازت اس کی طبعی دبازت سے دگنی ہے۔ بڑے بڑے سرخ سعدانی مربیے (polypoidal projections) درون رحمہ سے نیچے کی طرف کو بروز کر رہے ہیں۔ سعدانی حالت سے جسمی درون رحمہ کا بیشتر حصہ ماؤف ہے لیکن قنال عنق پر یہ اثر انداز نہیں۔ بائیں جانب کے مبیض میں ایک امتیازی دویری گرافی جراب دکھائی دیتا ہے۔ مقابل کے مبیض میں دو جراب نظر آتے ہیں جن میں پختگی کا عمل جاری ہے۔ لیوٹینی بافت کی عدم موجودگی کی طرف توجہ کی جائے۔

مقابل صفحہ 402-

گاہے گاہے پائے جانے کی توجیہ ہوتی ہے۔

دروں رحمہ کا بیش تکون اور نزفی رحمی مرض

(HYPERPLASIA OF THE ENDOMETRIUM AND METROPATHIA HÆMORRHAGICA)

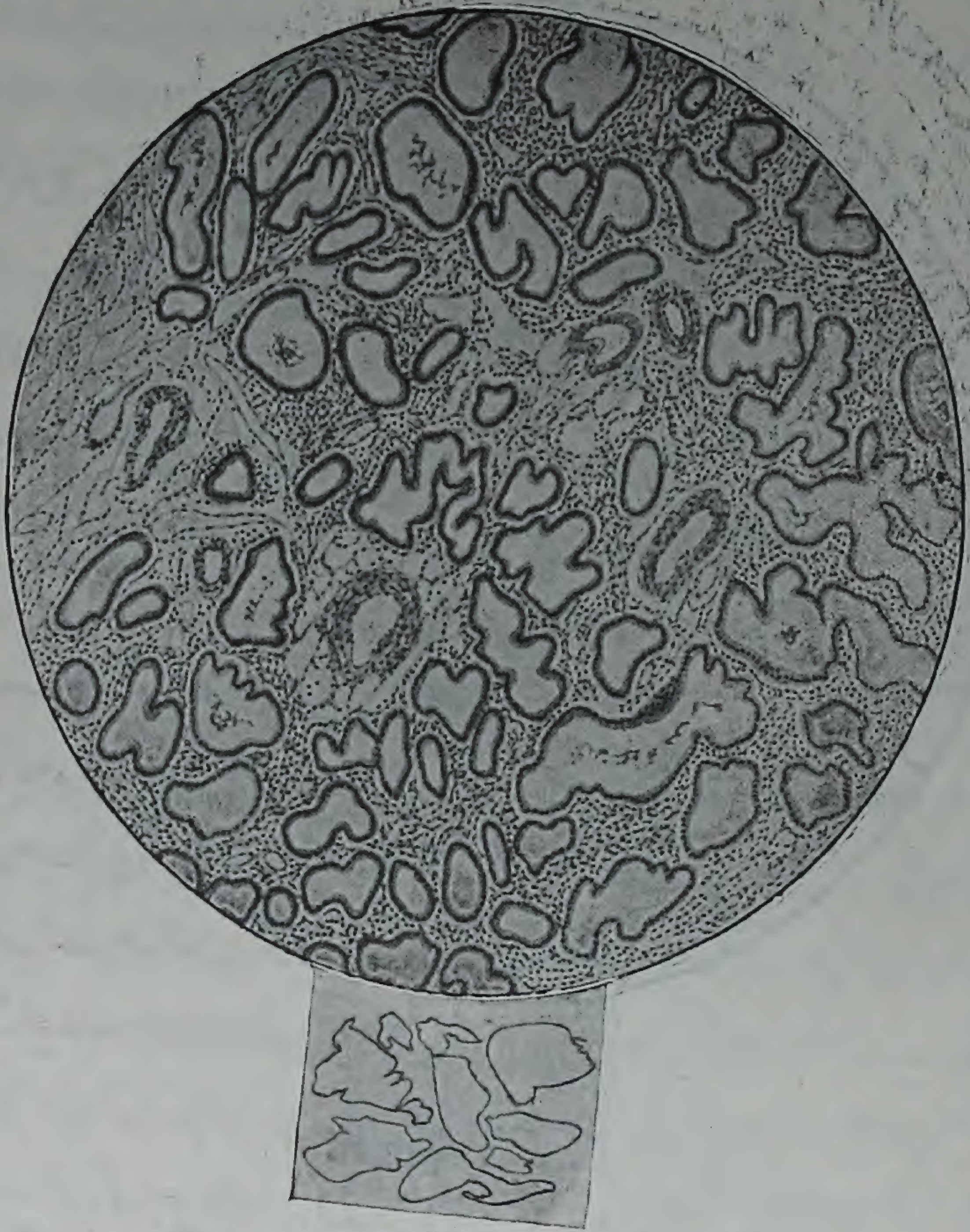
دروں رحمہ کی بیش پرورش کی شناخت اول اول ریسیمیرؔ (Récamier) نے سنہ ۱۸۵۰ء میں کی

شکل ۲۳۵ - نزفی رحمی مرض (Metropathia Hæmorrhagica) یا "شروڈر کے مرض" میں دروں رحمہ کی جو سعدانی حالت پائی جاتی ہے وہ اس شکل میں ظاہر کی گئی ہے۔ دروں رحمہ میں جو انتہائی درجہ کے تغیرات واقع ہوئے ہیں وہ غدد اور ہیکل دونوں کے بیش تکون کا نتیجہ ہیں جو بیضین کے امراضیاتی تغیرات سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہے۔ رحم کی دیواروں کی بیش پرورش کو غور سے دیکھا جائے۔

اور اس کے بعد آلشاسن (Olshausen) نے ۱۸۸۱ء میں "مزمن بیش تکونی درون رحمی التہاب" ("chronic hyperplastic endometritis") یا "فطری درون رحمی التہاب" ("endometritis fungosa") کی اصطلاحات سے درون رحمہ کے ایک مزمن عارضہ کو تعبیر کیا جس میں درون رحمہ میں نہایت نمایاں دبازت واقع ہوجاتی ہے، اور اسکے طبعی اجزائے ترکیب برقرار رہتے ہیں"۔ ینتھوزو نکن بھی درون رحمہ کے منتشر سعدانی بیش تکون (diffuse polypoidal hyperplasia) سے بخوبی آگاہ تھا جس کا ذکر اس نے "نزفی درون رحمی التہاب" ("endometritis hæmorrhagica") اور "سعدانی یا بصلی یا فطری درون رحمی التہاب" ("endometritis polyposa vel tuberosa vel fungosa") کے ناموں سے کیا ہے، لیکن ان مصنفین کی تصنیفات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انھوں نے اور ان کے معاصرین نے اس ضرر کو غلطی سے مزمن التہاب کی کسی نہ کسی قسم کے ساتھ منسوب کیا ہے۔ چنانچہ یہی وجہ ہو گی کہ "درون رحمی التہاب" ("endometritis") کی اصطلاح نسائیاتی امراضیات میں ایک ایسے ضرر کو بیان کرنے کے لئے رائج ہو گئی ہے جس کے متعلق ہمیں اب یہ علم ہے کہ اس کا التہابی عمل سے کوئی تعلق نہیں اور یہ وہ غلطی ہے جس کا ارتکاب روج کی اس تصنیف کی وجہ سے جو اس نے "غددی بیش تکونی درون رحمی التہاب" ("endometritis glandularis hyperplastica") پر ۱۸۷۹ء میں کی، دائمی طور پر ہونے لگا۔

ہٹشمین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) نے جو تحقیقات ۱۹۰۸ء میں درون رحمہ کے طبعی فعلیاتی تغیرات کے متعلق کی ہے اس سے جو نتیجہ مرتب ہوا ہے اس سے یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ درون رحمہ کے بیش تکونی تغیرات سرائت کا نتیجہ نہیں، اور اس لئے "درون رحمی التہاب" ("endometritis") کی اصطلاح اس لحاظ سے غلط ہے۔

قبل اس کے کہ اس موضوع کا مزید مطالعہ کیا جائے مطالعہ کنندہ کو درون رحمہ کی تشریح (دیکھو صفحہ 21) اور اس بیان کو دیکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے جو صفحات 101 اور 105 پر اس ساخت میں صنفی دور کے دوران میں تغیرات کے واقع ہونے کے متعلق درج ہے۔ اس دور میں درون رحمہ کے نسیجیاتی صفات میں خالص فعلیاتی حدود کے اندر بہت اختلاف پایا جاتا ہے اور یہ فیصلہ کرتے وقت کہ کیا طبعی ہے اور کیا امراضیاتی، ان طبعی اختلافات کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔

برینیک (Brennecke) نے بہت پہلے یعنی ۱۸۸۲ء میں یہ رائے پیش کی تھی کہ

ممکن ہے کہ دروں رحمہ کے بیش تکون کا تعلق بیضی اثرات سے ہو، اور اس خیال کی تائید بعد میں

شکل ۲۳۶۔ یہ شکل بیش تکونی دروں رحمہ (Hyperplastic Endometrium) کو ظاہر کرتی ہے جو "نزفی رحمی مرض" ("Metropathia Hæmorrhagica") کے اصابہ سے لیا گیا تھا۔ غدد اتنے بڑے ہیں جتنے کہ تندرست دروں رحمہ میں بیش حیضی حالت میں پائے جاتے ہیں، اور ان میں سے کئی ایک دویرہ نما ہیں۔ ہیکل کثیف ہے، اور لمفی خلیات سے دریختہ ہے۔ تراش کی بائیں جانب پر ہتھیج کا ایک رقبہ موجود ہے۔ اعلیٰ طاقت سے دیکھنے پر غدی سرحلمہ میں جام نما خلیات (goblet-cells) دیکھے گئے۔

404 ایڈلر (Adler) اور پالزل (Polzl) نے بھی کی، جنھوں نے یہ معلوم کیا کہ دروں رحمہ کی سعدانی حالت

شکل، ۲۳۰ - یہ شکل دروں رحمہ کے اس طبعی منظر کو ظاہر کرتی ہے جو بیش حیضی حالت میں پایا جاتا ہے - انبیبات کے کنگرہ دار منظر، اندر کی طرف بڑھے ہوئے فرن نما گپھوں اور غدد کی متسع حالت کو غور سے دیکھا جائے - ہیکل کی نزاکت کا مقابلہ اس کثافت سے بھی کیا جائے جو دروں رحمہ کی بیش تکونی قسم میں دیکھنے میں آتی ہے جو نزفی رحمی مرض (metropathia hæmorrhagica) کو متلازم ہے -

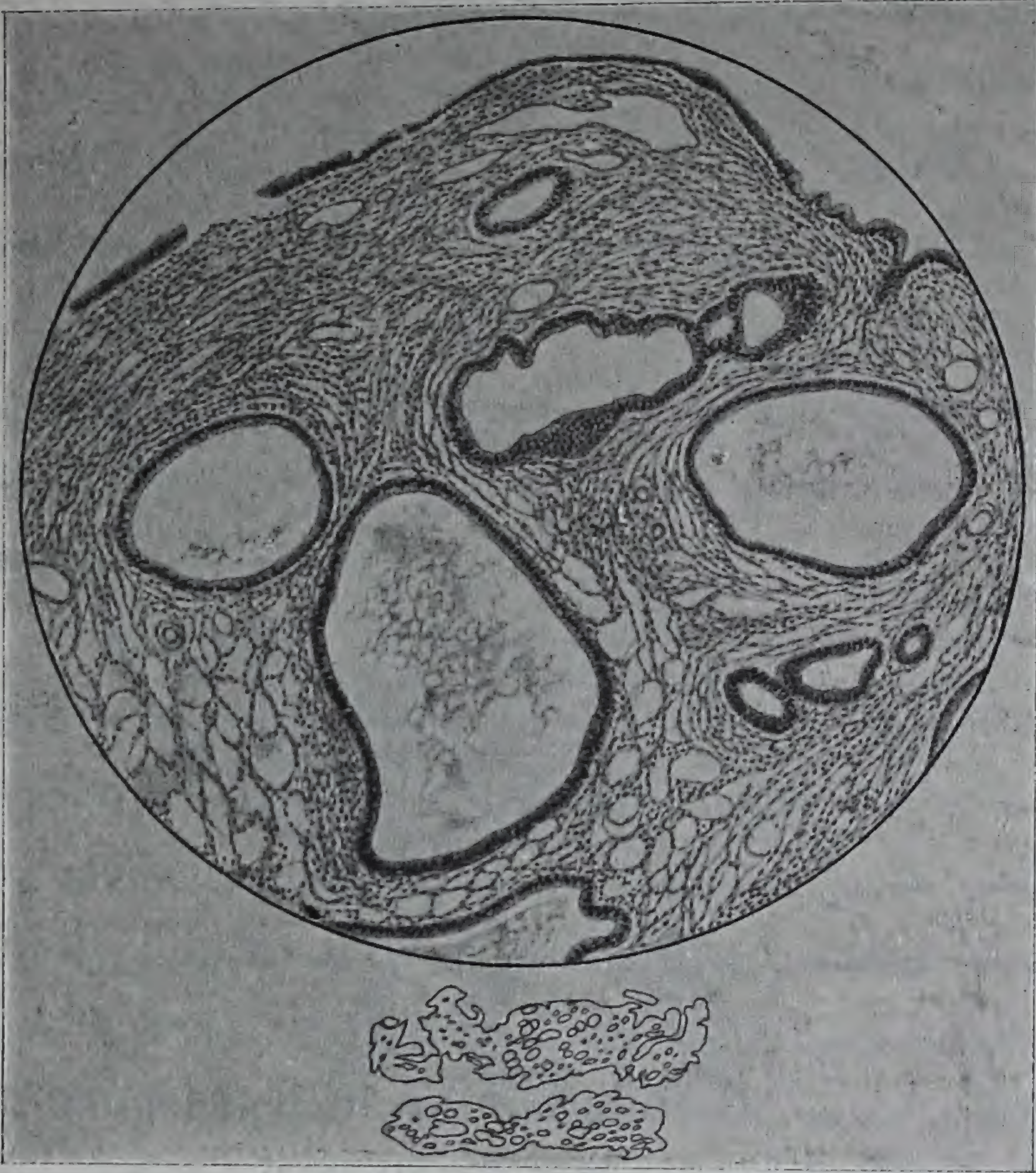
کے ساتھ ایسے بیضین پائے جاتے ہیں جن میں جسمِ اصفر نہیں ہوتا۔ سنین حال میں

شروڈر[1] (Schröder) اور ولفریڈ شا[2] (Wilfred Shaw) نے اس موضوع میں بہت اضافے کئے ہیں اور انہوں نے پہلے مصنفین کے مشاہدات کی تصدیق کی ہے۔ اور یہ قطعی طور پر ثابت کر دیا ہے کہ دروں رحمہ کی بیش تکونی حالت میں ہمیشہ ایسے مبیض پائے جاتے ہیں جن میں کوئی تازہ جسم اصفر موجود نہیں ہوتا، بلکہ ان میں ایک یا زیادہ دویرہ نما پختگی پذیر جراب (cystic ripening follicles) پائے جاتے ہیں۔ شروڈر کا یہ خیال ہے کہ اس مرض کو "نزفی رحمی مرض" ("metropathia hæmorrhagica") کی اصطلاح سے تعبیر کرنا چاہئے، لیکن یہ اصطلاح اس لحاظ سے مکمل طور پر اطمینان بخش نہیں ہے کہ اگرچہ اس مرض کی لازمی سریری علامت جریان خون ہے مگر دروں رحمی ضرر کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ مبیض میں کسی پختگی پذیر جراب کے برقرار رہنے سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے، اور اس لئے ممکن ہے کہ یہ مولّدِ ہارمون نظام (hormono-poietic system) کے کسی فعل کے اختلال کا نتیجہ ہو۔

405 نزفی رحمی مرض یا "شروڈر کے مرض" میں دروں رحمہ کے جو مناظر خالی آنکھ سے اور خردبین سے دکھائی دیتے ہیں ان کو شا (Shaw) نے یوں بیان کیا ہے۔ " دروں رحمہ طبعی کی نسبت بہت زیادہ دبیز ہوتا ہے، اور اس کی دبازت $\frac{1}{2}$ انچ تک بھی ہو سکتی ہے، اس میں ان سعدانی اور بے ساقچہ بروزات کی وجہ سے جو کہفۂ رحم میں نکلے ہوتے ہیں یکسانیت نہیں پائی جاتی ۔ یہ بروزات بہت کثیر العروق ہوتے ہیں اور ان میں سے خون رستا ہے" (دیکھو صفحہ ۱۵ اور شکل ۲۳۵)۔ نسیجیاتی خواص بہت ممیز ہوتے ہیں اور یہ وہی ہیں جن کو پہلے نام نہاد "سعدانی" ("polypoid") "فطری" ("fungous") یا " غدی دروں رحمی التہاب" ("glandular endometritis") کے ساتھ منسوب کیا جاتا تھا (روج :Ruge)۔ سطحی سرحلمہ بلند ستونی قسم کا ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ شا (Shaw) نے بتایا ہے، یہ تکسر اور تنخر کے رقبہ جات کی وجہ سے جوان اصابات کا ایک بہت ہی نمایاں خاصہ ہوتے ہیں بے قاعدہ طور پر منقسم ہوتا ہے۔ دروں رحمی غدد کا لازمی ممیز خاصہ دویری اتساع ہے (دیکھو شکل ۲۳۶ اور ۲۳۸) جو خالی آنکھ سے شناخت کیا جا سکتا ہے ۔ غدی دویروں کا استری سرحلمہ بالعموم بلند ستونی ہوتا ہے

---

1. *Arch. für Gyn.*, 1919, cx., 633.
2. *Journ. Obstet. and Gyn. Brit. Emp.*, Vol. xxxvi., No. 1.

مگر بعض اوقات یہ مکعبی اور مسطح بھی ہوتا ہے۔ خلیات کی عموماً ایک سے زائد تہیں پائی جاتی ہیں،

شکل ۲۳۸ سعدانی دویری دروں رحمہ (Polypoidal-cystic Endometrium) جو ''نزفی رحمی مرض'' (''Metropathia Hæmorrhagica'') کے ایک اصابہ سے حاصل کیا گیا ہے۔ ۶۵×۔ ہیکل کی کثافت اور متسع غدد کی کلاں جسامت کو غور سے دیکھا جائے، جن میں افراز، چند خلیاتِ ابیض اور سرحلمہ نما خلیات موجود ہیں۔ یہ بافت خردبینی تشریحہ پر خالی آنکھ سے ایسی دکھائی دیتی تھی جیسی کہ در نشاندہ خاکہ میں ظاہر کی گئی ہے۔

اوران سے درحقیقت چھوٹے چھوٹے خلیات بنے ہوتے ہیں۔ دویروں کے درونہ میں بعض اوقات
406 خلیاتِ ابیض اور بڑے بڑے سرحلمہ نما "لبائی" خلیات ("colostrum-like" cells) بھی
پائے جاتے ہیں جن کی شکل بیضوی ہوتی ہے اور جن میں موٹے موٹے ذرات والا تخزمایہ موجود ہوتا ہے۔
یہ خلیات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ پستان کے داء الثدی[1] (mastopathia) اور غدہ قدامیہ
کی بیش پرورش میں دیکھنے میں آتے ہیں۔

بعض اوقات غدد کی تعداد میں بھی بہت سا اضافہ ہوجاتا ہے اور یہ اس حد تک پہنچ جاتا ہے
کہ بعض مصنفین نے اس عارضہ کو بیان کرنے کے لئے اسے "منتشر غدی سلعہ" ("adenoma
diffusa") کے نام سے موسوم کرنے کا خیال ظاہر کیا ہے۔

نزفی رحمی مرض میں دروں رحمہ کے ہیکل میں ڈو کی خلیات پائے جاتے ہیں جن کے نوانات
کلاں ہوتے ہیں، اور یہ خلیات بالعموم ایک دوسرے میں ٹھنسے ہوتے ہیں، لیکن تہیج کی وجہ سے
یہ گاہے گاہے ایک دوسرے سے الگ الگ بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کے درمیان کافی فاصلہ بھی
ہوتا ہے۔ نہ تو پلازمائی خلیات سے درریزش واقع ہوتی ہے، اور نہ خلیاتِ ابیض ہی زیادہ
تعداد میں موجود ہوتے ہیں، اور نیز اریکی بافت بھی نہیں بنتی (ڈبلیو۔ شا)۔ دروں رحمہ کی سطحی تہ
میں تنخز کے بڑے بڑے رقبہ جات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں جن کو شدید بیش دمویت متلازم ہوتی ہے۔
شعریات تمسع پائے جاتے ہیں اور ان کے درحلمہ (endothelium) کے انحطاط کی وجہ سے
وسیع زنگی نزف واقع ہوجاتا ہے۔ لمفی دویری درریزش (lympho-cystic infiltration)
بھی ایک نمایاں خاصہ ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۳۶)۔

شا نے نزفی رحمی مرض کے جن اصابات کے متعلق تحقیقات کی ہے ان تمام اصابات میں
اس نے یہ ایک دلچسپ مشاہدہ کیا ہے کہ جہاں جہاں عضلۂ رحم اور دروں رحمہ کے درمیانی خطِ فاصل
کا امتحان کیا جاسکتا تھا وہاں عضلۂ رحم کے دروں رحمہ سے کسی نہ کسی حد تک متاثر ہونے (دروں رحمیت
:endometriosis) کا مظاہرہ کیا جاسکتا تھا۔ طبعی حالت میں جیسا کہ فرینکل اور ایڈلر نے بتایا
ہے، دروں رحمہ کے غدد اور اس کا ہیکل عضلۂ رحم پر حملہ آور نہیں پائے جاتے۔

---

[1] Beckwith Whitehouse, "Mastopathia and Chronic Mastitis," *Surgery, Gyn. and Obstetrics*, Vol. viii. 934. 278—285.

جیساکہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے اس مرض میں بیضین کا منظر مثالی ہوتا ہے۔ تمام اصابات میں یہ مذبول پائے جاتے ہیں اور "جرابی دویرہ" کی قسم کے یک جانبی دویرے ان میں ہمیشہ موجود ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۵، صفحہ 402)۔ ڈبلیو۔ شا نے جن پندرہ اصابات کا امتحان کیا ہے ان میں دویروں کا قطر $2\frac{1}{2}$ انچ سے ۱ انچ تک تھا۔ خردبین سے دیکھنے پر ان کی دیواروں کی ساخت پختگی پذیر گرافی جراب کی دیوار کے متماثل تھی۔ چھوٹے دویروں میں "ذراتیہ" ("granulosa") کے خلیات کی کئی ایک تہیں پائی گئیں، اور "داخلی غلاف" ("theca interna") کے خلیات کلاں اور کثیر السطوح تھے، اور بعض اوقات یہ لون دار پائے گئے۔ زیادہ بڑے دویروں میں خلوی استر مذبول پایا گیا۔

نزفی رحمی مرض میں بیضین میں لیوٹینی بافت کے نہ پائے جانے کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس حالت میں جراب کی پختگی کا عمل طبعی کی نسبت آہستہ ہوتا ہے، اور یہ بہت کم واضح ہوتا ہے۔ کم عمر مریضوں تک میں بھی عام طور پر صرف چند ابتدائی جرابات (primordial follicles) ہی پائے جاتے ہیں۔

سریری خصائص۔ نزفی رحمی مرض نزفِ رحم کے سبب کی حیثیت سے قلیل الوقوع نہیں رحم کے بے قاعدہ جریانِ خون کے جن اصابات کے متعلق ڈبلیو۔ شا نے تحقیقات کی ہے ان میں سے ۲۵ فیصدی کو اس نے اس مرض سے منسوب کیا ہے۔ اس مرض کے ضررات سے عدیم الولادت اور کثیر الولادت دونوں قسم کی عورتیں متاثر پائی جاتی ہیں، مگر یہ مؤخر الذکر میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ شا کے ترپن اصابات میں سے دس اصابات عدیم الولادت عورتوں میں پائے گئے۔ نزفی رحمی مرض اکتالیس اور پینتالیس سال کی عمر کے درمیان بہت کثرت سے پایا جاتا ہے، مگر یہ ریعان (adolescence) سے لیکر انقطاع الطمث کے بعد تک کے ہر حصۂ عمر میں عارض ہوسکتا ہے۔ سنینِ انقطاع الطمث میں اس مرض کو بے قاعدہ اور شدید جریانِ خون کے سبب کی حیثیت سے ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ نزفی رحمی مرض دوسرے نسائیاتی حوضی ضررات سے بظاہر کسی قسم کا تعلق رکھنے کے بغیر نمودار ہوتا ہے۔ اس مرض سے ماؤف رحم میں گاہے گاہے چھوٹے چھوٹے لیفیے (fibroids) پائے جاتے ہیں، لیکن ان کے ساتھ سببِ مرض کا کوئی تعلق معلوم نہیں ہوتا۔ جن اٹھارہ نمونوں کا شا نے مفصل امتحان کیا ہے ان میں سے صرف ایک میں سابق الوجود التہابِ حوض کی شہادت پائی گئی۔

شروڈر کے مرض کے علامات بہت مثالی ہوتے ہیں۔ مریضہ بالعموم ایسے روزانہ نزف کی روئداد پیش کرتی ہے جو تین سے آٹھ یا دس ہفتہ تک جاری رہتا ہے۔ جریان خون کی شدت کی نسبت اسکی مدت ہی ثانوی عدم دمویت کی ایک حالت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ مثالی اصابات میں نزفِ رحم سے پہلے بے طمثیت کا ایک زمانہ پایا جاتا ہے جو پانچ سے بارہ ہفتہ تک ہوتا ہے۔ شا کے تریپن اصابات میں سے چھبیس میں مسلسل نزف کے وقوع سے پہلے بے طمثیت کی روئداد پائی گئی۔ درد اس مرض کا ہرگز کوئی خاصہ نہیں ہوتا، اور اس لئے قبل اسکے کہ کسی طبی مدد کے حاصل کرنے کا خیال کیا جائے مریضوں میں ثانوی عدم دمویت بعض اوقات ایک خطرناک درجہ تک پہنچ جاتی ہے۔ اور اسکی ایک قدرتی وجہ یہ بھی ہے کہ یہ مرض عام طور پر سن یاس پر رونما ہوتا ہے اور یہ اعتقاد بھی عام طور پر پایا جاتا ہے کہ بے قاعدہ اور شدید جریانِ خون اِس سن کو متلازم ہوتا ہے۔

حوض کے اسلسلہ میں جو طبعی امارات مقامی طور پر پائے جاتے ہیں وہ سادہ ہی ہوتے ہیں۔ رحم یکساں طور پر کسی قدر کلانی یافتہ پایا جاتا ہے۔ اسکی سطح ہموار اور اس کی بستگی طبعی ہوتی ہے۔ جس پر یہ حد سے زیادہ الیم نہیں ہوتا اور بخوبی حرکت پذیر ہوتا ہے۔ حوض کے پچھلے چوتھائی حصوں میں سے کسی ایک میں کلانی یافتہ اور دوہری مبیض شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس قسم کا مبیض براستہ معائے مستقیم زیادہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ یہ ڈگلس کی جیب میں مسقوط نہ ہوگیا ہو۔ مریضہ کے مشورہ طلب کرنے کے وقت پر بھی جریانِ خون عام طور پر موجود ہوتا ہے، اور مواد بالعموم تاریک اور سیال ہوتا ہے، اور یہ طبعی سیالِ حیض سے مشابہت رکھتا ہے۔ گاہے گاہے اس میں تھکے بھی پائے جاتے ہیں، لیکن خون بہت آہستہ بہتا ہے اور مسلسل رستا رہتا ہے۔

اس مرض کی تفریقی تشخیص اسقاط، لیفیتی سعدانہ (fibroid polypus) اور ایسے سرطان سے کرنی ضروری ہوتی ہے جو جسم رحم پر اثر انداز ہو۔ قبل الذکر دونوں حالتیں معدم حس کے زیر اثر کہفہ رحم کا استقصاء کرنے سے باسانی شناخت کی جاسکتی ہیں مؤخر الذکر عارضہ کی حالت میں تشخیص کو قطعی قرار دینے سے پہلے سعدانی اور بیش نکوئی دروں رحمہ کا خردبین سے امتحان کرنا بعض اوقات ضروری ہوتا ہے۔ نزفی رحمی مرض (metropathia haemorrhagica) کی مریضہ کا علاج آجکل بالخصوص مقامی ہے، اور اس سے تکلیف دہ نزفِ رحم کو ضبط میں لانے کی زیادہ تر کوشش کی جاتی ہے۔ جو عورتیں انقطاع الطمث کے

زمانہ کو پہنچ چکی ہوں ان میں علاج کے تمام ممکن الحصول ذرائع میں سے ریڈیم کا استعمال بہت موثر ثابت ہوتا ہے۔ کہفۂ رحم میں ۵۰ ملی گرام عنصر ریڈیم چھتیس سے لیکر چالیس گھنٹہ تک رکھنے سے علامات کو قابو میں لانے میں تقریباً ہمیشہ کامیابی ہوتی ہے۔ ان سے کم عمر عورتوں میں جن میں مصنوعی انقطاع الطمث مطلوب نہیں ہوتا نزف کو بند کرنے کے لئے درون رحمہ کے جرف (curettage) کو بالاعتماد ضرور اختیار کرنا چاہئے۔ ۱۵ فیصدی اصابات میں صرف اسی سادہ تدبیر سے شفا حاصل ہوجاتی ہے۔ اگر علامات عود کریں تو اس عملیہ کو مکرر سرانجام دینا چاہئے۔ رحم برآری (hysterectomy) کا عملیہ صرف انہی مریضوں کے لئے محفوظ رکھا جائے جن میں علاج کے مندرجہ بالا ذرائع ناکام ثابت ہوں، اور جن میں تشعیع (irradiation) نامناسب ہو (مثلاً کم عمر مریضوں میں)، اور جہاں پیچیدگیاں پیدا کرنے والے دوسرے مقامی ضرات موجود ہوں۔ اس مرض کی بنیادی امراضیات پر غور کرنے سے قدرتی طور پر یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ اگر علاج کی مذکورہ بالا تدابیر کی بجائے غدہ نخامیہ کے مقدم لختہ کے لیوٹین ساز ہارمون کا استعمال کیا جائے تو علامات میں تخفیف واقع ہوسکتی ہے اور مستقل طور پر شفا بھی حاصل ہوسکتی ہے۔ جن چند مریضوں کا علاج اس طریقہ سے کیا گیا ہے ان میں کسی قدر کامیابی حاصل ہوئی ہے، اور یہ ممکن ہے کہ مستقبل میں اس قسم کی زیادہ قوی اور زیادہ قائم تجہیزات کے رواج پانے سے علاج کا ایک ایسا ذریعہ دستیاب ہوجائے جس سے درون رحمہ کی بے قاعدہ بالیدگی، جس پر کہ سریری علامات کا انحصار ہے، منضبط رکھی جاسکے۔

408

درون رحمی التہاب

(ENDOMETRITIS)

درون رحمہ کے التہاب سے جسم رحم یا عنق کی استری غشا ماؤف ہوسکتی ہے۔ صادق التہابی تغیرات، یعنی وہ جن میں التہاب کی نسیجیاتی شہادت موجود ہو، شاذ و لاسرائیت ہی سے پیدا ہوتے ہیں، مگر سرائیتی عامل کی نوعیت کا معلوم کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا۔ یہ ظاہر ہے کہ جو التہابی عمل درون رحمہ پر حملہ آور ہوگا اس کا رجحان بافت کے تسلسل کے ذریعہ سے عضلۂ رحم تک پھیلنے کی طرف ہوگا۔ لہٰذا سرائیتی درون رحمی التہاب کے ہر اصابہ میں التہاب الرحم (metritis) کا

جز بھی پایا جاسکتا ہے۔ مگر تجربہ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ حاد سرائت کے اصابات کے علاوہ دیگر اصابات میں عضلی بافت کے زیادہ وسیع حصہ پر حملہ نہیں ہوتا اور مرض کے اہم خصائص دروں رحمی تغیرات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ معلوم کرنا بھی دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ زوائد رحم کے وسیع مزمن التہاب (مثلاً مضاعف انبوبی اجتماع ریم :double pyosalpinx) کی موجودگی میں بھی دروں رحمہ کا تندرست پایا جانا ایک بالکل عام واقعہ ہے۔

حاد جسمی دروں رحمی التہاب
(Acute Corporeal Endometritis)

اس مرض کی صرف ایک ہی قسم پائی جاتی ہے اور وہ سرائت سے پیدا ہوتی ہے۔ دروں رحمہ کی ایسی سرائت نفاسی اور غیر نفاسی دونوں قسم کے اصابات میں واقع ہوتی ہے۔ قبل الذکر پر ایک سابقہ باب میں بحث کی جاچکی ہے (دیکھو "گندیدہ" اور "سرایتی دروں رحمی التہاب"، صفحات 260 تا 263)، اور یہ یاد ہوگا کہ تسمم الدم (toxæmia) اور عفونت الدم (septicæmia) اسی قسم کے دروں رحمی التہاب کے سریری عواقب ہیں۔ غیر نفاسی اسباب میں سے سوزاک شاید سب سے زیادہ اہم ہے۔ اور اُن دوسری حالتوں کی نوعیت جو حاد دروں رحمی التہاب کا باعث ہوتی ہیں لازمی طور پر عفونتی ہوتی ہے اور یہ حالتیں تنخزی لیفیوں (necrotic fibroids) انحطاط پذیر سرطانات، رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) کی سرائت کسی عفونت زدہ آلہ کے گذارنے اور قوی کاویات کے استعمال پر مشتمل ہیں۔ حاد دروں رحمی التہاب کی نسیجیات کا علم زیادہ تر ہم نے زمانۂ نفاس کے سرائت زدہ ارحام کے امتحان سے حاصل کیا ہے، کیونکہ ایسا بہت شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ حاد سوزاکی دروں رحمی التہاب کے کسی اصابہ میں دروں رحمہ کا امتحان کرنے کا کوئی موقعہ حاصل ہو (دیکھو جسم رحم کا سوزاک، صفحہ 292)۔

لہٰذا جسمی دروں رحمی التہاب (corporeal endometritis) کی مرضی تشریح تشخیص اور علامات کے لئے مطالعہ کنندہ کو رحمی عفونت کا باب دیکھنا چاہئے (دیکھو صفحات 258 تا 265)۔

مزمن جسمی دروں رحمی التہاب

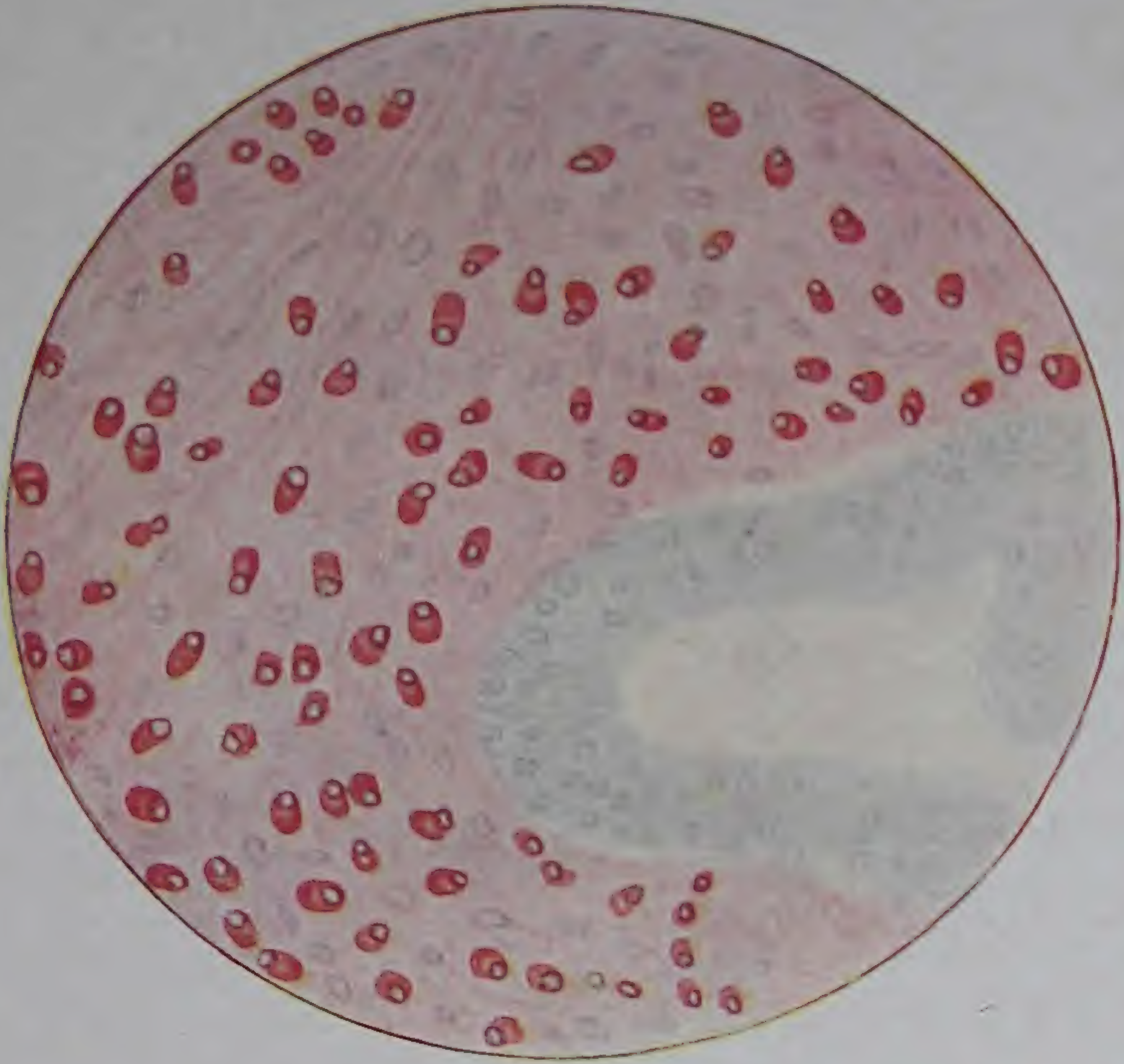
(Chronic Corporeal Endometritis)

دروں رحمہ (جو کہ کہفۂ رحم کا استر ہے) کا مزمن التہاب، یعنی مزمن جسمی دروں رحمی التہاب، اگرچہ کافی عام ہے لیکن یہ اتنا کثیر الوقوع نہیں جتنا کہ پہلے تصور کیا جاتا تھا۔ ہش مین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) کے اُن مشاہدات سے، جو انہوں نے دروں رحمہ کے ان دَوری اختلافات پر کئے ہیں جو کہ دورِ حیض میں پائے جاتے ہیں، اور شرو ڈر (Schröder) اور ڈبلیو۔ شا (W. Shaw) اور دیگر محققین کی اُس حالیہ تحقیقات سے جو انہوں نے دروں رحمی بیش تکون اور مبیض کے سوءِ فعل کے درمیانی تعلق پر کی ہے، امراضیاتِ رحم کے اس پہلو کی توضیح بہت بڑی حد تک ہوتی ہے جو کئی سالوں سے مشکل تصور کیا جاتا تھا۔ "مزمن دروں رحمی التہاب" ("chronic endometritis") کی اصطلاح جو مجہول الاصل سیلانِ ابیض اور بے قاعدہ رحمی نزف کی اساسی امراضیات کے بیان میں بہت عرصہ سے مروّج ہے صحیح نہیں، اور اب اس کا استعمال اصابات کے اس گروہ تک ہی محدود ہے جس میں مزمن التہابی خاصہ کی ناقابلِ تردید شہادت موجود ہو۔ لہٰذا اب یہ ضروری ہے کہ ہم دروں رحمہ کے مزمن التہابی عمل کی شناخت کے لئے ان ذرائع پر غور کریں جو ہمارے لئے ممکن الحصول ہیں۔ جسم کے اکثر اعضا کے مزمن التہابی ضرر کے متعلق زیادہ اختلاف نہیں پایا جاتا، لیکن دروں رحمہ کی سی تغیر پذیر ساخت کے متعلق بعض ایسی خاص دقتیں موجود ہیں جن کی وجہ سے کسی صحیح فیصلہ پر پہنچنا عموماً مشکل ہوتا ہے۔ التہاب کی شناخت کا انحصار غدد کے تغیرات کی نسبت ہیکل کے تغیرات پر زیادہ ہے گو یہ دونوں ساختیں بھی ماؤف پائی جاتی ہیں۔

(ا) ہیکل کے تغیرات۔ (۱) تہیج۔ یہ کہا جاتا ہے کہ اگر دروں رحمہ کے ہیکلی خلیات کے درمیان سیّال ارتشاح موجود ہو تو یہ التہاب کی شہادت ہوتا ہے، لیکن چونکہ حالتِ قبل از حیض میں تہیج طبعی طور پر موجود ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۳، ۲۴) اس لئے یہ التہابی ضرر کی ممیز علامت تصور نہیں کیا جاتا۔

(۲) گول خلیوں کی دررینزش۔ عضلہ کی طرح کی گھنی بافت میں گول خلیوں کے

409

صفحہ ١٦

مزمن دروں رحمی التہاب (Chronic Endometritis) جس میں مصلی خلیات (سرخ) اور لمفی خلیات (ہلکے نیلے) دکھائے گئے ہیں۔ تلوین اُنّا پَیپن ہائیم کے طریقہ سے کی گئی ہے۔

مقابل صفحہ 409۔

ارتشاح کا وجود بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے لیکن جسمی دروں رحمہ کی سی کثیر الخلایا ساخت میں اسکی شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ طبعی ہیکل میں لمفی خلیے اور اتصالی بافت کے خلیے بکثرت پائے جاتے ہیں، اور حیض سے عین پہلے کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ ابیض کی ایک محدود تعداد موجود ہوتی ہے۔ جس دروں رحمہ میں تحت الحاد التہاب موجود ہو اس میں غدد کے گرد اور بعض اوقات ان کے خاص درونوں میں بھی کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ ابیض کے اجتماعات موجود ہوتے ہیں، اور جو دروں رحمہ مزمن طور پر ملتہب ہوتا ہے اس میں یہ نسبتہً کم ملتے ہیں۔ اسکے علاوہ یہ سطحی سرحلہ کے نیچے ہیکل کی تمام سطحی تہوں میں اکثر منتشر پائے جاتے ہیں۔ ان خلیات کی تقسیم اکثر قطعاتی میں ہوتی ہے، اور ان کی تشخیصی اہمیت کا انحصار ان امور پر ہے کہ یہ گروہوں میں پائے جاتے ہیں، اور ان میں گہرے طور پر ملوّن ہونے کے خواص موجود ہوتے ہیں، اور ان کے بیے ڈھنگے نواتات اور ان کے متصل پائے جانے والے لمفی خلیات کے متشاکل نواتات کے درمیان ایک تضاد پایا جاتا ہے، مزید برآں خلیۂ ابیض جسامت میں لمفی خلیہ سے ذرا سا بڑا ہوتا ہے۔

(۴) مصلی خلیات (Plasma-cells)۔ مصلی خلیہ ایک اور ارتشاحی خلیہ ہے۔ جب یہ خلیات زیادہ تعداد میں موجود ہوتے ہیں، تو یہ صادق مزمن التہاب کے وجود کو ثابت کرنے کے لئے نہایت معتبر دلیل کا کام دیتے ہیں۔ مصلی خلیہ کو جو اہمیت مزمن التہاب کا ایک تشخیصی خاصہ ہونے کی حیثیت سے حاصل ہے اس پر بعض اربابِ سند کو اعتراض ہے، لیکن جہاں تک اس کی عظمتِ اہمیت کا تعلق ہے ہمیں ہِش مین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) سے اتفاق ہے۔ جس طرح طبعی دروں رحمہ میں چند کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ ابیض پائے جاسکتے ہیں، اسی طرح اس میں چند مصلی خلیات بھی پائے جاسکتے ہیں، لیکن مزمن طور پر ملتہب غشا میں مصلی خلیات بافراط موجود ہوتے ہیں (دیکھو صحفہ ۱۶)۔ انکی تشخیصی اہمیت کا انحصار ان کی تعداد پر ہوتا ہے۔ یہ کہا جاسکتا ہے کہ دروں رحمی التہاب کے تحت الحاد درجہ میں التہابی ارتشاح کثیر الاشکال نواتی خلیاتِ ابیض کی انتشاری یا قطعاتی تقسیم پر مشتمل ہوتا ہے، اور جب التہاب مزمن ہوجاتا ہے تو یہ ارتشاح مصلی خلیات پر مشتمل ہوتا ہے جو خلیاتِ ابیض کی جگہ لے لیتے ہیں۔

مزمن دروں رحمی التہاب کی تشخیص میں مصلی خلیہ کو اس قدر اہمیت حاصل ہے کہ اسکے صفات کا تفصیل سے ذکر کرنا مناسب ہوگا۔

مصلی خلیہ لمف آسا خلیہ (lymphoid cell) سے دگنی جسامت کا ہوتا ہے۔ اور اس میں اساس پسند خلیہ مایہ (basophilic cytoplasm) کی ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ اس کا خاکہ کثیر السطوح اور بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اسکے نوات کے اردگرد اکثر اوقات خفیف زرد رنگ کا ایک خارج المرکز رقبہ موجود ہوتا ہے جس کی شکل پہیے کی سی ہوتی ہے، اور اس میں کرومیٹینی اجسام کی ایک ستارہ نما ترتیب دکھائی دیتی ہے۔ مصلی خلیہ کے مبدا کے بیان میں اختلاف ہے۔ انّا (Unna) یہ بیان کرتا ہے کہ یہ اتصالی بافت سے نمو پاتا ہے۔ اور عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ مصلی خلیہ خون یا لمف کے لمفی خلیوں (lymphocytes) سے پیدا ہوتا ہے۔ مزمن دروں رحمی التہاب میں یہ کثیر تعداد میں پایا جاتا ہے، اور اکثر اوقات تمام ارتشاح اسی پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ دروں رحمہ کے دیگر اجزائے ترکیب سے بآسانی تمیز کیا جاسکتا ہے۔ صحفہ ۱۶ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مصلی خلیات دروں رحمہ کے ہیکل میں موجود ہیں جس کی تلوین انّا۔ پیپن ہائیم (Unna-Pappenheim) کے طریقہ سے کی گئی ہے۔ نواتات کی کرومیٹین (chromatin) سبز اور تخم مایہ سرخ ہے۔

لہٰذا تحت الحاد اور مزمن دروں رحمی التہاب کی تشخیص کا انحصار (۱) گول خلیوں والے ارتشاح اور (۲) اُس رشحہ کے پائے جانے پر ہے جو مصلی خلیات پر مشتمل ہوتا ہے، اور یہ یا تو قطعات میں منقسم ہوتا ہے اور یا تمام ہیکل میں منتشر پایا جاتا ہے۔ دوسرے مقامات کے التہاب کی طرح یہاں بھی عرقی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ درجۂ حاد میں یہ اتساعِ عروق تک ہی محدود ہوتے ہیں، اور درجۂ مزمن میں جدید عروق طیار ہوجاتے ہیں، اور پرانے عروق کی دیواروں میں دبازت پیدا ہوجاتی ہے۔ مذکورہ بالا تغیرات کے بعد ہیکل میں لازمی طور پر لیفیت پیدا ہوجاتی ہے جو جملہ مزمن التہابی حالتوں کا امتیازی خاصہ ہے۔ جہاں تک دروں رحمہ کا تعلق ہے اس سے ایک دقّت پیدا ہوجاتی ہے، کیونکہ دورانِ تشخیص میں اِس بافت کے فعلیاتی ذبول (جو انقطاع الطمث کے بعد پیدا ہوتا ہے) اور اسکی امراضیاتی لیفیت کے درمیان تمیز کرنا ہمارے لئے ضروری ہوتا ہے۔ مؤخر الذکر کو حالتِ بعد از حیض کے مضغوط اور نسبتًہ کثیف ہیکل سے تمیز کرنا ضروری ہے جو خالصتًہ ایک فعلیاتی منظر ہے۔

(ب) غدد کے تغیرات۔ سر حلمہ کے قرب وجوار میں مزمن التہاب کے واقع ہونے کا اثر عمومًا یہ ہوتا ہے کہ سر حلمی خلیوں میں دگاثر پیدا ہوجاتا ہے۔ مگر معلوم ایسا ہوتا ہے کہ غددِ رحم کی

صورت میں ایسا نہیں ہوتا، اور یہ بلاشبہ اس مداومت سے نہیں پایا جاتا کہ اِسے مزمن دروں رحمی التہاب کا امتیازی خاصہ قرار دیدیا جائے۔ غددِ رحم کی جسامت اور شکل دورِ حیض کی حالت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ لیکن بعض اصابات میں یہ معلوم ہوتا ہے کہ ہیکل کی التہابی حالت اس التفاف (involution) کو رونما ہونے سے باز رکھ سکتی ہے جو حیض کے بعد غدد میں طبعی طور پر واقع ہوتا ہے، اور اس طرح یہ اُس غدی بیش تکون کو جو حالتِ قبل از حیض کا امتیازی خاصہ ہے مستقل طور پر قائم رکھتی ہے۔ ایسے اصابات میں دورِ حیض کے تمام زمانوں میں رحمی التہاب کے امارات کا غدی بیش پرورش اور بیش تکون کی دونوں حالتوں کے ساتھ جو طبعی طور پر صرف حالتِ قبل از حیض ہی میں موجود ہوتی ہیں، پایا جانا ممکن ہے۔ غدد کی بیش پرورش اور ان کے بیش تکون کے علاوہ بہت سے ایسے خلیات میں جن سے ان کے دروںوں کا استر بنا ہوتا ہے افراز محسوس ہوجاتا ہے۔ اور یہ جام نما یا منقارہ نما خلیوں میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔

دروں رحمہ کے جو تغیرات ہماری رائے میں التہاب سے پیدا ہوتے ہیں اور جن پر صادق دروں رحمی التہاب اسی لئے مشتمل ہے مندرجہ ذیل جدول کی شکل میں مرتب کئے جا سکتے ہیں۔

ملتہب جسمی دروں رحمہ کا منظر	طبعی جسمی دروں رحمہ کا منظر
(۱) کثیر الاشکال نواتی خلیات ابیض بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔	(۱) کثیر الاشکال نواتی خلیات ابیض چند ہی ہوتے ہیں، اور صرف درجۂ قبل از حیض میں موجود ہوتے ہیں۔
(۲) سطحی عضلی تہوں میں گول خلیوں والا ارتشاح پایا جاتا ہے۔	(۲) کوئی نہیں ہوتا۔
(۳) مصلی خلیات بافراط موجود ہوتے ہیں۔	(۳) چند مصلی خلیات ہوتے ہیں یا ایک آدھ ہی ہوتا ہے، یا کوئی نہیں ہوتا۔
(۴) جدید عروق بہت سے ہوتے ہیں اور ان کی دیواریں دبیز ہوتی ہیں۔	(۴) صرف پتلی دیواروں والے عروق ہی پائے جاتے ہیں۔
(۵) ہیکل میں لیفیت پائی جاتی ہے، غدد چھوٹے ہوتے ہیں، اور عروق خون کی دیواریں	(۵) ہیکل میں لیفیت پائی جاتی ہے اور بعض غدد سکڑے ہوئے ہوتے ہیں، اور بعض میں دوہری

ملتہب جسمی دروں رحمہ کا منظر	طبعی جسمی دروں رحمہ کا منظر
موٹی ہوتی ہیں۔	تمدد پایا جاتا ہے۔ لیکن موٹی دیواروں والے عروق موجود نہیں ہوتے۔
(۶) مخاط غدد کے خلیات کے اندر ہوتا ہے۔	(۶) مخاط صرف انبیبات کے درونوں میں ہوتا ہے۔

شکل ۱۲۹- مزمن خلالی دروں رحمی التہاب (Chronic Interstitial Endometritis)-
متأثرہ درجہ۔ ہیکل کی لیفیتی حالت واضح ہے۔ غدد بہت تھوڑے اور ضغوط ہیں اور کوئی ایک کا سرِ طلمہ غائب ہو گیا ہے۔
(در نشاندہ مقصود یہ بافت کے خاکہ کو ظاہر کرتا ہے جو شعر ... کے شعر سکھ پر دکھائی دیتا ہے۔)

صرف وہی حالتیں جو مذکورہ بالا معیار پر پوری اترتی ہیں مزمن دروں رحمی التہاب کے نام سے صحیح طور پر موسوم کی جاسکتی ہیں، اور اس اصطلاح کو ہم سختی سے انہی تک محدود رکھتے ہیں۔

بحث اسباب۔ بعض مثالوں میں اس عارضہ کا کسی سرائت کے ساتھ بلا واسطہ تعلق قائم کیا جاسکتا ہے، اور ایسے اصابات میں سے بہت سے سوزاکی ہوتے ہیں۔ بعض اصابات میں سابقہ عفونتی سرایت کی ایک واضح روئداد موجود ہوتی ہے جس کے ساتھ اس حالت کو بجا طور پر منسوب کیا جاسکتا ہے۔ اور بعض اصابات ایسے بھی ہوتے ہیں جن میں کسی خارجی سرایت کی کوئی روئداد موجود نہیں ہوتی، مگر خون کے ذریعہ سرائت واقع ہونے کے امکان کو خارج از قیاس قرار نہیں دیا جاسکتا۔ لہٰذا ممکن ہے کہ ان اصابات میں بھی کوئی غیر معلوم سرائت سببِ مرض ہو۔ مزمن دروں رحمی التہاب اس وقت تک وثوق سے سوزاکی ثابت نہیں کیا جاسکتا جبتک کہ غدد میں یا دروں رحمہ کے ہیکل میں نبقاتِ سوزاک کا مظاہرہ نہ کیا جائے، اور یہ یقیناً مشکل ہے۔ جسمی افراز سے ایسی کاشتیں حاصل کرنا جو موادِ عنق سے ملوث نہ ہوں قدرتی طور پر بہت مشکل ہے لیکن مزمن دروں رحمی التہاب کے ایسے اصابات کے متعلق، جن میں پرانی سوزاکی سرائت کے واضح امارات موجود ہوں، یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ یہ سوزاکی ہیں۔ مزمن سوزاکی دروں رحمی التہاب کے ایسے کوئی نسیجیاتی خصائص نہیں ہیں جو خاص طور پر اسی کے لئے ممیز ہوں۔

ایسا مزمن دروں رحمی التہاب جس کے ساتھ حمل کے محبوس حاصلات موجود ہوں عفونتی تصور کیا جاسکتا ہے، اور اسی طرح ایسے دوسرے اصابات بھی عفونتی خیال کئے جاسکتے ہیں جو املاص (miscarriage) یا وضعِ حمل یا کسی ایسی عملیتی مداخلت کا، جو رحم کے اندر کی گئی ہو، فوری نتیجہ ہوں خواہ یہ مداخلت اتنی ناقابل لحاظ ہی کیوں نہ ہو جتنی کہ رحمی مجسّہ کا داخل کرنا ہے۔ ایسے اصابات میں ضرر مزمن ہونے کی نسبت اکثر حاد ہوتا ہے۔

امراضیات۔ اس کتاب کی سابقہ طباعتوں میں مزمن جسمی یا غدی دروں رحمی التہاب کی دو قسمیں بیان کی گئی تھیں، یعنی "ذبولی" ("atrophic") اور "بیش تکوینی" ("hyperplasic")۔ ذبولی قسم میں تغیرات زیادہ تر دروں رحمہ کے ہیکل پر اثر انداز ہوتے ہیں، اور غدد پر جو اثر ہوتا ہے وہ محض ثانوی ہی ہوتا ہے اور ارد گرد کے ہیکل کے تغیرات کا میکانی نتیجہ ہوتا ہے۔ بیش تکوینی قسم میں دروں رحمہ کے جملہ اجزائے ترکیبی میں تغیرات

واقع ہوتے ہیں۔ اب یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ مؤخر الذکر (یعنی بیش تکوینی مزمن دروں رحمی التہاب" کے ضررات وہی ہیں جن کا ذکراب شروڈر اور ڈبلیو۔ شا نے اُس مرض کے ممیز خصائص کے طور پر کیا ہے جو "نزفی رحمی مرض" (''metropathia hæmorrhagica'') کے نام سے موسوم ہے، لہٰذا ان کا بیان اُس باب میں دیا گیا ہے جس میں اس مرض پر بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحات 402 تا 407)۔

بنابریں مزمن دروں رحمی التہاب کی صرف ایک ہی قسم یعنی "مزمن رخنکی دروں رحمی التہاب" (''Chronic interstitial endometritis'') کا بیان کرنا ضروری ہے، اور اس کی جو تفریق "ذیولی" اور "بیش تکوینی" میں کی گئی تھی اُس کی اب ضرورت نہیں۔ بہر حال یہ ضرور معلوم ہو جانا چاہیئے کہ دروں رحمہ کا منظر التہابی عمل کی شدت اور مدت کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ اس لئے یہ مناسب ہے کہ اس کا ذکر (۱) ایک تحت الحاد درجہ اور (۲) ایک متاخر درجہ کے تحت کیا جائے۔

پہلے یا تحت الحاد درجہ میں غشائے مخاطی سُرخ اور متورم ہوتی ہے۔ اس درجہ میں ایک صادق التہابی عمل پایا جاتا ہے جس سے مصل، خون کے سُرخ جُسیمے، اور خلیاتِ ابیض ہیکل میں مُرتشح ہو جاتے ہیں۔ غدد دباؤ کی وجہ سے چھوٹے ہو جاتے ہیں، اور دررِیخنۂ ہیکل کی وجہ سے یہ ایک دوسرے سے بہت دور ہٹ جاتے ہیں۔ یہ درجہ صعودی سوزاک میں اور اسقاط کے بعد عفونت واقع ہونے کی صورت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ دوسرے یا متاخر درجہ میں دروں رحمہ طبعی حالت کے مقابلہ میں زیادہ پتلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۳۹)۔ ہیکل لیفی ناہضات (fibroblasts) اور کامل النمو انضالی بافت کی موجودگی کی وجہ سے زیادہ گھنا ہوتا ہے۔ غدد چھوٹے اور تعداد میں کم ہوتے ہیں، اور ان میں سے کئی ایک کا سر حلمہ غائب ہو جاتا ہے، اور یہ چھوٹے چھوٹے بے استر دوبروں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ تحت الحاد اور مزمن دونوں شکلوں میں اور خاصکر مؤخر الذکر میں مصلی خلیات (plasma-cells) بافراط پائے جاتے ہیں۔ لہٰذا یہ امر مسلمہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ یہ ایک صادق دروں رحمی التہاب ہے، اور ہمیشہ سرائت سے پیدا ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس کے ساتھ رحم کے عضلی نظام کے مزمن التہاب کی شہادت یا "مزمن التہاب الرحم" (''chronic metritis'') پایا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 437)۔

چونکہ کلاں ہیکلی خلیات، جو دروں رحمی التہاب کی اِس قسم میں دیکھنے میں آتے ہیں، اور ریزینی غشا کے خلیات یا سلعہ لحمیہ کے خلیات میں آپس میں مشابہت پائی جاتی ہے اس لئے تشخیص میں دقتیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ تفریقی تشخیص کی اہمیت کے مدنظر تشخیصی نکات کا مقابلہ یوں کیا جا سکتا ہے۔

مزمن رخنکی دروں رحمی التہاب	ریزینہ
(۱) تحت الحاد مدارج میں کلانی یافتہ ہیکلی خلیات قطعات میں مجتمع ہوتے ہیں جو یکساں طور پر منقسم نہیں ہوتے۔	(۱) جادر ریزینیہ دروں رحمہ کی تمام سطحی تہ سے بنتا ہے اور اس لئے اس میں یکسانیت اور عمومیت پائی جاتی ہے۔
(۲) ہیکلی خلیات اتنے بڑے کبھی نہیں ہوتے جتنے کہ ریزینی خلیات ہوتے ہیں۔	(۲) دروں رحمی التہاب میں ریزینی خلیات ہیکلی خلیات سے بہت بڑے ہوتے ہیں۔ اور ان میں نخز مایہ بافراط موجود ہوتا ہے۔
(۳) ہیکلی خلیات اپنی شکل اور جسامت میں مختلف ہوتے ہیں۔	(۳) ریزینی خلیات کی شکل اور جسامت میں نمایاں یکسانیت پائی جاتی ہے۔
(۴) ہیکلی خلیات ایک دوسرے سے ایک ڈھیلے جالدار بین خلوی مادہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔	(۴) ریزینی خلیات ایک دوسرے کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں، اور "جادر" کی اصطلاح کی وجہ تسمیہ یہی ہے۔

413

زیادہ مترقی اور مزمن مدارج میں لیفی بافت کے نوخیز خلیوں کو لیفی سلعہ لحمیہ (fibro-sarcoma) سے بھی تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔

رخنکی دروں رحمی التہاب	لیفی سلعہ لحمیہ
(۱) لیفی بافت کے نوخیز خلیے جسامت اور شکل میں آپس میں کسی قدر مختلف ہوتے ہیں۔	(۱) لیفی سلعہ لحمیہ میں خلیوں کی جسامت اور شکل اور ان کی تلوینی استعداد میں مقابلۃً بہت زیادہ اختلاف پایا جاتا ہے۔
(۲) نواتات بالکل سادہ ہوتے ہیں۔	(۲) نواتات میں بالواسطہ انقسام کے اشکال دکھائی دیتے ہیں۔

دروں رحمہ کے مزمن التہاب کے متاثر درجہ میں ہیکلی خلیات اور لیفی بافت کی پیدائش سے بعض حالتوں میں تمددی دویرے بن جاتے ہیں جو دروں رحمی غدد کے دہنوں کے بند ہو جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں اس ضرر کو دروں رحمہ کے اُس منظر سے جو "شروڈر کے مرض" (دیکھو صفحہ 405) میں پایا جاتا ہے ہیکل میں مصلی خلیات کے بافراط موجود ہونے سے ہمیشہ تمیز کیا جاتا ہے۔ "غدی دروں رحمی التہاب" ("glandular endometritis") (روج : Ruge) کے عنوان کے تحت 'دروں رحمہ کی غدی بیش پرورش کو' جسے اب پیش حیضی دروں رحمہ کا ایک طبعی خاصہ تسلیم کیا جاتا ہے' یا اس مفرط فعالیت کو بھی' جو نزفی رحمی مرض (metropathia hæmorrhagica) میں پائی جاتی ہے' الگ حیثیت سے بیان کرنا بالکل غیر ضروری ہے۔ لہٰذا "غدی دروں رحمی التہاب" کی اصطلاح کا استعمال اب ترک کر دینا چاہیئے۔

سریری خصائص۔ مزمن دروں رحمی التہاب کے سریری پہلوؤں پر غور کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ جس التہابی عمل کے حملہ سے جسمی دروں رحمہ ماؤف ہوتا ہے اسی سے عنقی سرحلمہ میں بھی مزمن سرائت کی شہادت تقریباً ہمیشہ پیدا ہو جاتی ہے' اور اس ضرر کا ذکر ایک آئندہ باب میں کیا گیا ہے (دیکھو صفحات 421 تا 431) اہم مقامی تغیرات بعض مثالوں میں جسمی ہوتے ہیں اور بعض میں عنقی۔

اگرچہ مزمن دروں رحمی التہاب کثیر الوقوع نہیں مگر یہ زندگی کی ہر قسم میں اور حیضی فعالیت کی ہر ہئیت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ کتخدا عورتوں میں خواہ وہ عقیم ہوں یا صاحب ولادت یہ کثرت سے واقع ہوتا ہے اور باکرہ عورتوں میں بھی پایا جاتا ہے۔ قبل الذکر جماعت میں سرائتی سبب کے امکان پر ضرور غور کرنا چاہیئے' لیکن بہت سی حالتوں میں اور خاصکر مؤخر الذکر جماعت میں کسی سابقہ سرائت کی سریری شہادت کا انکشاف نہیں کیا جا سکتا' اور اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ ایسی صورتوں میں علامات کو دوسرے ضررات مثلاً "نزفی رحمی مرض" ("Metropathia Hæmorrhagica") (دیکھو صفحہ 406) یا عنق کے خلقی تاکل (دیکھو صفحہ 423) سے منسوب کیا جا سکتا ہے۔ مزمن دروں رحمی التہاب کے ان نام نہاد اصابات پر جو سن بلوغ کے جلد بعد دیکھنے میں آتے ہیں یہ خاص طور پر صادق آتا ہے۔

مزمن دروں رحمی التہاب میں جو علامات پائے جاتے ہیں وہ شاذ و نادر ہی

سر یری طور پر شدید ہوتے ہیں۔ چار علامات اس کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں کہ ان کے اکٹھے پائے جانے سے مرض کی ماہیت فوراً معلوم ہو جاتی ہے۔ یہ علامات سیلانِ ابیض، مفرط یا طویل المدت نزفِ حیض، دردِ حیض اور حوض میں تکلیف کا احساس ہیں۔

یہ علائمیہ دالہ مرض نہیں ہے کیونکہ یہی سریری مظاہر دوسرے ضررات مثلاً رحمی لیفیو (uterine fibroids) اور مزمن زیر النفاف (دیکھو صفحات 436 و 438) میں بھی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ علامات کا یہ مجموعہ تشخیصی نقطۂ نظر سے اہم ہے۔ سیلانِ ابیض (leucorrhœa) ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور یہ غدی بیش پرورش سے پیدا ہوتا ہے جس سے افراز میں زیادتی واقع ہو جاتی ہے۔ بعض اصابات میں عنق مزید مواد کا منبع ہوتی ہے، اور اس پرکم و بیش وسیع تاکُلات تقریباً ہمیشہ موجود ہوتے ہیں (دیکھو صفحات 423 تا 431)۔ مواد سفید یا ہلکا زرد ہوتا ہے اور بالعموم خراش آور نہیں ہوتا اور اس میں اکثر لزج مادہ کے حصے پائے جاتے ہیں جو عنقی دروں رحمہ کے افراز کا ممیز خاصہ ہے۔

نزفِ حیض اگرچہ باقاعدہ واقع ہوتا ہے لیکن اس کے درجہ میں زیادہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ سیلانِ خون بالعموم اوسط شدت کا ہوتا ہے، اور خون کی اس مقدار سے جو مریضہ کے لئے طبعی ہوتی ہے نمایاں طور پر زیادہ ہوتا ہے، مگر یہ زیادہ بے دمویت اور اضمحلال پیدا کرنے کے لئے کافی نہیں ہوتا۔ مدتِ حیض میں تقریباً ہمیشہ واضح اضافہ ہو جاتا ہے (امتدادِ طمث : menostaxis)۔ مگر شاذ شاذ مثالوں میں نزف بافراط واقع ہوتا ہے جس سے مریضہ بستر میں لیٹنے پر مجبور ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات یہ خوفناک بھی ہوتا ہے۔ نزفِ حیض کے رجحان کی زیادتی کا انحصار کچھ تو رحم کے مخاطیہ کی دبازت کے بڑھ جانے پر ہوتا ہے اور کچھ اس عروقیت کی زیادتی پر ہوتا ہے جو مزمن التہابی عمل کو متلازم ہوتی ہے۔

بے قاعدہ جریانِ خون یا رحمی سیلان الدم (metrostaxis) کثیر الوقوع نہیں۔ کبھی کبھی "نمودِ خون" ("show") بھی دیکھنے میں آتا ہے جو چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ بعض اوقات خون دفعتہً بہنے لگتا ہے اور صرف چند گھنٹوں تک بہتا رہتا ہے۔ شاذ شاذ مثالوں میں مجامعت کے بعد نزف واقع ہو جاتا ہے۔ اگر عنق میں

مخاطی سعدانے (mucous polypi) موجود ہوں تو اس قسم کے جریان خون کی بآسانی توجیہ ہو جاتی ہے۔

درد حیض یا وجع الحیض (menorrhalgia) بھی اسی کثرت سے پایا جاتا ہے جس سے سابق الذکر دونوں علامات پائے جاتے ہیں۔ عدیم الولادت مریضوں میں یہ اور بھی کثیر الوقوع ہے لیکن صاحب ولادت عورتوں میں سیلان ابیض یا مفرط نزف حیض کی نسبت یہ بین طور پر قلیل الوقوع ہے (ڈونالڈ :Donald اور ایف۔ شا :F. Shaw)۔ یہ شاذ و نادر ہی صحیح معنوں میں شدید ہوتا ہے گو صادق عسر الطمث (دیکھو صفحات 180 و 181) بھی کبھی کبھی مزمن درون رحمی التہاب کے ساتھ دیکھنے میں آتا ہے۔ اس قسم کا درد حاد درون رحمہ کی غیر طبعی حالت سے منسوب کیا جا سکتا ہے جبکہ مخاطیہ جو غیر طبعی طور پر دبیز ہوتا ہے بافت کے طبعی سالماتی تنخر میں مخل ہوتا ہے اور اس طرح رحم میں تشنجی انقباضات پیدا کر دیتا ہے۔

درد حوض۔ بہت سے مریض (تقریباً ۸۰ فیصدی) وقفۂ حیض کے دوران میں دھیمے درد کی شکایت کرتے ہیں جو مزمن قسم کا ہوتا ہے۔ یہ درد بالعموم شکم کے حصۂ زیرین میں دائیں جانب کی نسبت زیادہ تر بائیں جانب پر محمول ہوتا ہے۔ بعض اوقات درد کمر پایا جاتا ہے اور عجزی درد خاص طور پر موجود ہوتا ہے جبکہ ضرر عنق بھی ساتھ ہی موجود ہو۔

عصبی نہاکت (neurasthenia) اور عمومی صحت کی خرابی، جس میں سوء ہضم، قبض، ذہنی انخفاض، وغیرہ شامل ہیں، مزمن درون رحمی التہاب کے ساتھ خاص کر مزمن اصابات میں بکثرت پائی جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ان علامات کے متعلق یقینی طور پر نہیں کہا جا سکتا کہ ان کو رحم کی حالت کے ساتھ کس حد تک براہ راست منسوب کیا جا سکتا ہے۔ بہرکیف دو باتیں ظاہر ہیں، ایک یہ کہ طویل المدت شکایات کے تمام اصابات میں نہاکتی علامات کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور دوسرے یہ کہ جب صنفی اعضا میں کوئی نقص موجود ہو تو عصبی نہاکت کے پیدا ہونے کا امکان دونوں صنفوں میں خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

415

صاحب ولادت عورتوں میں درون رحمی التہاب بعض اوقات زمانۂ عقم کے ساتھ مطابقت کرتا ہے، اور جرف کے بعد استقرار حمل پھر واقع ہو جاتا ہے۔ مزید برآں ایسی عدیم الولادت عورتیں جن کو یہ عارضہ لاحق ہوتا ہے اس وقت تک عقیم رہتی ہیں جب تک

جرف نہ کیا جائے۔ لہٰذا یہ اغلب ہے کہ دروں رحمہ کی یہ غیر طبعی حالتیں انتقرارِ حمل کے لئے غیر مساعد ہوں۔

مزمن دروں رحمی التہاب اکثر اوقات دوسرے حوضی ضررات سے پیچیدہ ہوجاتا ہے، لیکن یہ ہرگز فرض نہ کر لینا چاہئے کہ دروں رحمہ کی وہ تمام بیش تکوینی حالتیں جو ایسے ضررات کے ہمراہ پائی جاتی ہیں لازمی طور پر التہابی نوعیت کی ہوتی ہیں۔ اس امر کا اطلاق خاص طور پر رحم کی خلفی غیر وضعیت، سقوط (prolapse) اور رحم کے صغیر الجسامت لیفیتی سلعات (fibroid tumours) پر ہوتا ہے، اور یہ وہ عوارض ہیں جن کے متعلق مدت سے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ان کے ساتھ "مزمن دروں رحمی التہاب" اکثر پیچیدگی کے طور پر موجود ہوتا ہے۔

دروں رحمہ کی بیش پرورش جب ایسے اصابات میں موجود ہوتی ہے تو یہ اغلب ہے کہ یہ مبیض کے فعل میں فتور واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہو جو حوض کے ان دورانی تغیرات سے رونما ہوتا ہے جو ابتدائی ضرر کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں "مزمن دروں رحمی التہاب" ("chronic endometritis") کی اصطلاح کا استعمال صریحاً غلط ہے۔ اس غلطی کے برقرار رہنے اور اس کے تکرار کی وجہ غالباً یہ ہے کہ مزمن دروں رحمی التہاب کے مشابہ سریری علامات بیش تکوینی دروں رحمہ کے ساتھ پائے جاتے ہیں جو گاہے گاہے رحم کی خلفی غیر وضعیت اور رحم کے لیفی عضلی سلعات (fibromyomata) کے ساتھ پیچیدگی کے طور پر موجود ہوتا ہے۔ ایک چھوٹے سے لیفیتی سلعہ (fibroid tumour) سے درحقیقت ایسے علامات پیدا ہو سکتے ہیں جو مزمن دروں رحمی التہاب کے علامات سے تمیز نہیں کئے جا سکتے، اور جب کسی ایک اصابہ کے سریری خصائص غیر معمولی طور پر شدید ہوں تو لیفیتی سلعہ کی موجودگی کا شبہ کرنا چاہئے۔ ایسے اصابات میں بالیدہ کا محل بعض اوقات زنخنکی ہوتا ہے، اور یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ سریری طور پر اس کا شناخت کرنا مشکل ہوتا ہے۔ معتدبہ جسامت کے بخوبی نمو یافتہ لیفیوں (fibroids) سے بعض اوقات ایسے علامات پیدا ہوتے ہیں جو مزمن دروں رحمی التہاب کے علامیہ سے بہت مشابہ ہوتے ہیں، لیکن ان کا وجود بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے، اور تشخیص میں غلطی نہیں واقع ہونی چاہئے۔

طالب علم کے لئے یہ ضروری ہے کہ وہ ہمیشہ یہ یاد رکھے کہ حوض کے ضررات

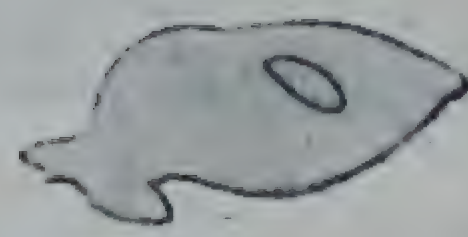
اکثر متعدد ہوتے ہیں، اور ان میں سے ایک ضرر کی تشخیص کرنے سے، جو شائد سب سے زیادہ نمایاں ہو، تشخیص کا کام ختم نہیں ہو جاتا۔

طبیعی امارات۔ مزمن دروں رحمی التہاب میں رحم میں بالعموم کسی قدر متشاکل کلانی واقع ہو جاتی ہے، اور اس کے کہفہ کے طول میں ½ انچ سے لیکر ¾ انچ تک اضافہ ہو جاتا ہے۔ لہٰذا جہاں تک جسمی دروں رحمی التہاب کا تعلق ہے اسکی تشخیص کا انحصار ان طبیعی تغیرات کے، مذکورہ بالا علامات کے ساتھ اکھٹے پائے جانے پر ہے۔ اس امر کی طرف اشارہ کیا جا چکا ہے کہ ان اصابات میں عنقی دروں رحمہ تقریباً ہمیشہ ماؤف ہوتا ہے، اور چونکہ رحم کے اس حصہ کا امتحان نظر اور لمس سے کیا جا سکتا ہے اسلئے منظار سے امتحان کرنے سے عموماً اثباتی شہادت بہم پہنچائی جا سکتی ہے جس کے لئے قنالِ عنق اور خاص کر فمِ خارجی کے انتساغ، عنقی تاکل کی موجودگی (دیکھو صفحہ 433 اور صفحہ ۱۸)، اور مخصوص قسم کے صاف یا مکدر عنقی افراز کی افراط کی طرف خاص طور پر توجہ کرنا چاہیے۔ افراز صرف فعال سرائتی عوارض ہی میں حقیقۃً مکدر ہوتا ہے۔ صاحبِ ولادت عورتوں میں قنالِ عنق کی جسامت کی کلانی اکثر بہت نمایاں ہوتی ہے، اور انگشتِ اشاریہ فمِ داخلی تک گذاری جا سکتی ہے۔ چند اصابات میں ایک یا زائد چھوٹے چھوٹے مخاطی سعدانے (mucous polypi) قنالِ عنق سے بروز کرتے ہوئے، یا فم کے لبوں سے چپکے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ عنقی مخاطیہ کی بیش بالیدگی کا ایک حصہ ہوتے ہیں۔

جب تاکل موجود نہیں ہوتا تو اصلی ضرر عام طور پر جسم رحم میں ہوتا ہے، اور جو مواد فمِ خارجی میں سے آتا ہے وہ مخصوص عنقی مخاط نہیں ہوتا، بلکہ ایک رقیق اور خفیف سا زردی مائل افراز ہوتا ہے۔

416

علاج۔ صادق مزمن دروں رحمی التہاب کے اکثر اصابات میں شفا جرف (curettage) (دیکھو صفحات 837 تا 843) سے حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر نتیجہ اطمینان بخش نہ ہو تو اس عملیہ کا تکرار بھی کرنا پڑتا ہے، اور جرف کا فائدہ ہمیشہ اسکے فوراً بعد ہی ظاہر نہیں ہوتا۔ بعض اوقات پہلے "دو ماہواری ایام" میں حالت میں کوئی اصلاح نہیں پائی جاتی اور عملیہ کے بعد تین سے لیکر چار ماہ تک کے عرصہ میں صورتِ حالات بتدریج بہتر ہوتی جاتی ہے حتیٰ کہ زیادہ سے زیادہ فائدہ حاصل ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں میں

عصبی نہاکت (neurasthenia) بہت نمایاں ہوتی ہے۔ ان میں ایسے مساعد جراحی نتائج

شکل ۲۴۰ ۔ ایک مریضہ کا دروں رحمہ (endometrium) دکھایا گیا ہے جس میں انقطاع الطمث چھتیس سال ہی کی کم عمر میں واقع ہو گیا تھا۔ کیفیت یافتہ ہیکل، غدد میں سر حلمہ کے فقدان اور ان کی دویری حالت کو غور سے دیکھا جائے۔ (در نشاندہ تصویر میں ایک تراش کا وہ منظر دکھایا گیا ہے جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتا ہے۔ یہ تراش رحم کے کہفہ میں سے جو عضلۂ رحم کے ایک منطقہ سے محصور ہے عرضانی گئی ہے، کہفۂ رحم چھوٹی سی بیضوی فضا کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔)

حاصل نہیں ہوتے، اور ان کا تمام تر علاج طبی تدابیر سے کرنا چاہئے۔ اگر جرف (curettage)

417

کیا جائے تو مناسب طبی علاج سے اس کا تکملہ کرنا چاہئے۔ جرف سے عصبی نہاکت یا مزمن سوء ہضم سے شفا حاصل نہیں ہوتی اور اس امر پر جس قدر بھی زور دیا جائے کم ہے۔

اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ نام نہاد "مزمن دروں رحمی التہاب" کے ہر اصابہ کیلئے اس عملیہ کا بلا امتیاز ناجائز استعمال ایک مفید طریقۂ علاج کی بہت سی بدنامی کا باعث ہوگا اور سوائے اس کے اور کچھ حاصل نہ ہوگا۔ اس طریقۂ علاج کو اختیار کرنے سے پیشتر یہ نہایت احتیاط سے معلوم کر لینا چاہیئے کہ مریضہ کے علامات اور حقیقی مقامی ضرر حوض میں صحیح طور پر کیا تعلق پایا جاتا ہے۔ علاج میں غلطی کے ارتکاب سے بچنے کا صرف یہی ایک طریقہ ہے کہ تحقیق و تشخیص کی طرف انتہائی توجہ دی جائے۔ چنانچہ اگر صورت حالات کسی نمایاں عنقی تآکل (دیکھو صفحہ 423) سے پیچیدہ ہو تو مریضہ کے علامات کو رفع کرنے کے لئے جرف کافی نہ ہوگا کیونکہ تآکل کے غدد کا نفوذ عنقی بافت میں اتنا گہرا ہوتا ہے کہ صرف کھرچنے ہی سے ان کو دور نہیں کیا جا سکتا۔

بنا بریں اس امر کی اہمیت کو بخوبی سمجھ لینا چاہئے کہ مزمن دروں رحمی التہاب کے تمام مریضوں کو عملیہ کے لئے مجبور نہ کرنا چاہئے۔ جراحی علاج کا مشورہ صرف اسی حالت میں وثوق کے ساتھ دینا چاہئے جبکہ ایسے علامات موجود ہوں جو رحم سے براہِ راست منسوب کئے جا سکتے ہوں اور یہ خوب نمایاں ہوں۔ جب عصبی نہاکتی قسم کے دوسرے علامات غالب ہوں تو عملیہ کی ضرورت نہیں ہوتی۔

ایسے اصابات میں رحم کی حالت قلیل الاہمیت ہوتی ہے، اور صرف اسی کا علاج کرنے سے کامیابی حاصل نہیں ہو سکتی۔ ان مریضوں کے طبی علاج میں کئی ایک دوسرے امور بھی شامل ہیں جو اس کتاب کے دائرۂ بحث سے بالکل خارج ہیں۔ طبی تدابیر سے رحمی علامات کا جو بلا واسطہ علاج کیا جاتا ہے وہ لازمی طور پر علاماتی ہوتا ہے۔

پیرانہ دروں رحمی التہاب (Senile Endometritis)۔ سنِ یاس پر اور اس کے بعد جب رحم سکڑتا ہے تو اس کے ساتھ دروں رحمہ بھی پتلا اور مذبول ہو جاتا ہے۔ شکل ۲۱، صفحہ 30 کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ہیکل لیفیت یافتہ ہے، اور اس کا منظر ایک بڑی حد تک مزمن رخنی دروں رحمی التہاب (chronic interstitial endometritis) کے مشابہ ہے۔ غدد کی جسامت کم ہو جاتی ہے، ان کے دہنے بند ہو جاتے ہیں اور ان سے بعض اوقات

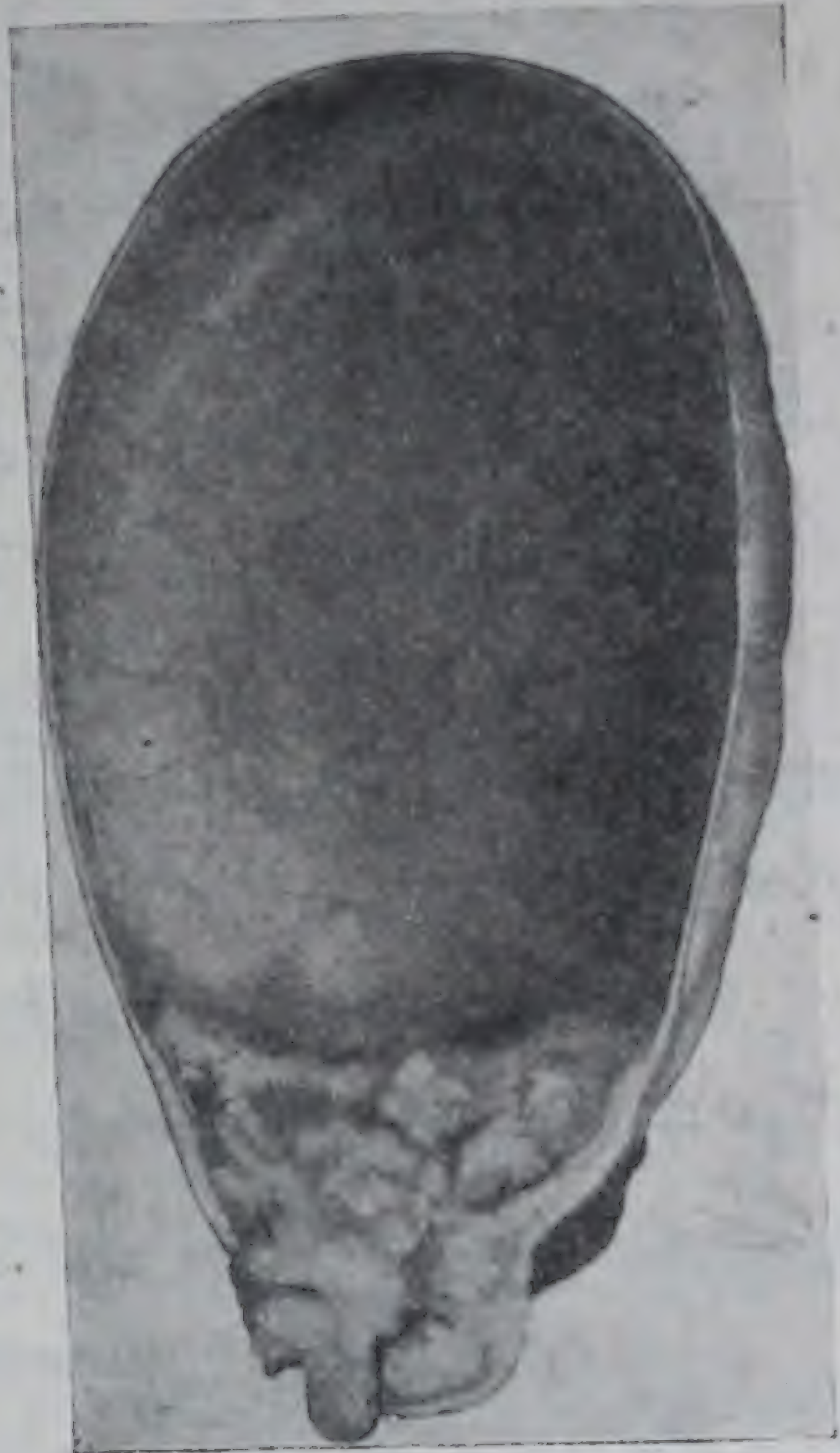
دوری جرابات بن جاتے ہیں (شکل ۲۴۰)۔ ایسے دروں رحمہ کے منظر میں کوئی چیز امراضیاتی نہیں ہوتی، اور اس سلسلہ میں بعض مصنفین نے "ذبولی دروں رحمی التہاب" endometritis ("atrophicans") کی اصطلاح کا جو استعمال کیا ہے وہ فضول اور مغالطہ انگیز معلوم ہوتا ہے۔ زیر بحث حالت ایک طبعی التفافی تغیر ہے جو فعلِ مبیض کے منقطع ہونے کے بعد واقع ہوتا ہے۔

بہرکیف ایسے ذبولی دروں رحمہ پر سرائت کا واقع ہو جانا ایک بہت عام واقعہ ہے، اور جب ایسا ہو جاتا ہے تو صادق پیرانہ دروں رحمی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ سنِ یاس کے بعد کے زمانہ میں ریم زا عضویوں سے مہبل میں سرائت کے واقع ہونے کا خاص احتمال ہوتا ہے، اور یہ اغلب ہے کہ اکثر مہبل ہی سرائت کا ابتدائی ماخذ ہوتی ہو جس سے انجام کار پیرانہ دروں رحمی التہاب پیدا ہوتا ہے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ پیرانہ التہاب مہبل اور پیرانہ دروں رحمی التہاب دونوں عام طور پر اکھٹے پائے جاتے ہیں۔ دروں رحمہ میں صادق التہابی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ تقیح کے ماسکات پائے جاتے ہیں، اور متغیر ہیکل میں مصلی خلیات بکثرت ملتے ہیں، اور جو غدد باقی رہ جاتے ہیں ان میں دوری تغیرات اور سرحلمہ کا تقشر (desquamation) پایا جاتا ہے۔ سطحی سرحلمہ بھی اسی طرح تباہ ہو جاتا ہے۔ رحم کی جسامت بالعموم چھوٹی ہوتی ہے، اور اسکی دیواریں پتلی اور مذبول ہوتی ہیں۔ مخاطیہ کے تقیح اور اس کی تباہی سے دو نتیجے حاصل ہو سکتے ہیں۔ (۱) عنق کا ضیق، اور (۲) رحمی اجتماع ریم (pyometra) (دیکھو شکل ۲۴۲)۔

ضیق عنق کی دیواروں کے، جو جزوی طور پر معرا ہوتی ہیں، متحد ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس سے افراز کا احتباس واقع ہو جاتا ہے، اور یہ ریم زا عضویوں کی موجودگی میں قیحی ہو جاتا ہے اور اکثر بہت بدبودار ہوتا ہے (دیکھو نیچے 'رحمی اجتماع ریم')۔ بہرکیف پیرانہ دروں رحمی التہاب کے عاقبہ کے طور پر رحمی اجتماعِ ریم (pyometra) شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے۔

پیرانہ دروں رحمہ کی سرائت کے علامات نزف اور مواد ہیں۔ نزف کبھی شدید نہیں ہوتا اور مواد قیحی اور بعض اوقات بدبودار ہوتا ہے۔ یہ سریری صورت حالات بعض لحاظات سے جسم رحم کے سرطان کی سریری صورتِ حالات سے مشابہ ہے، اور اس مرض کے بھی زندگی کے اسی زمانہ میں لاحق ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان کی تفریقی تشخیص پر صفحات 776 اور 777 پر بحث کی گئی ہے۔

علاج۔ سب سے پہلے کہفۂ رحم کا مکمل ازالہ سرائت کر دیا جائے، اور اس مقصد کیلئے

پرآکسائیڈ آف ہائیڈروجن (۴ حجم)، ایکری فلیوین اور گلیسرین (۵۰۰ میں ۱) اور ٹنکچر آئیوڈائی یا آئیوڈائزڈ فینال (iodized phenol) کی طرح کے عوامل استعمال کئے جاتے ہیں۔ اس کے

شکل ۲۴۱ - ایک کلاں رحمی اجتماع ریم (Pyometra) جس کی دیواریں بہت پتلی ہیں اور جو سرطان عنق کے ایک اصابہ میں پیدا ہوا ہے۔

شکل ۲۴۲ - پیرانہ دروں رحمی التہاب (Senile Endometritis) اور رحمی اجتماع ریم (Pyometra)۔ رحم مہبلی رحم برآری (vaginal hysterectomy) کے ذریعہ سے الگ کیا گیا تھا۔ مریضہ کثیر الولادت اور ۶۳ سال کی عمر کی تھی۔ دروں رحمہ کی جگہ اریجی بافت پیدا ہو گئی ہے۔

ساتھ ہی جرفہ (curettage) بھی کیا جا سکتا ہے لیکن اس عملیہ کے دوران میں انتہائی

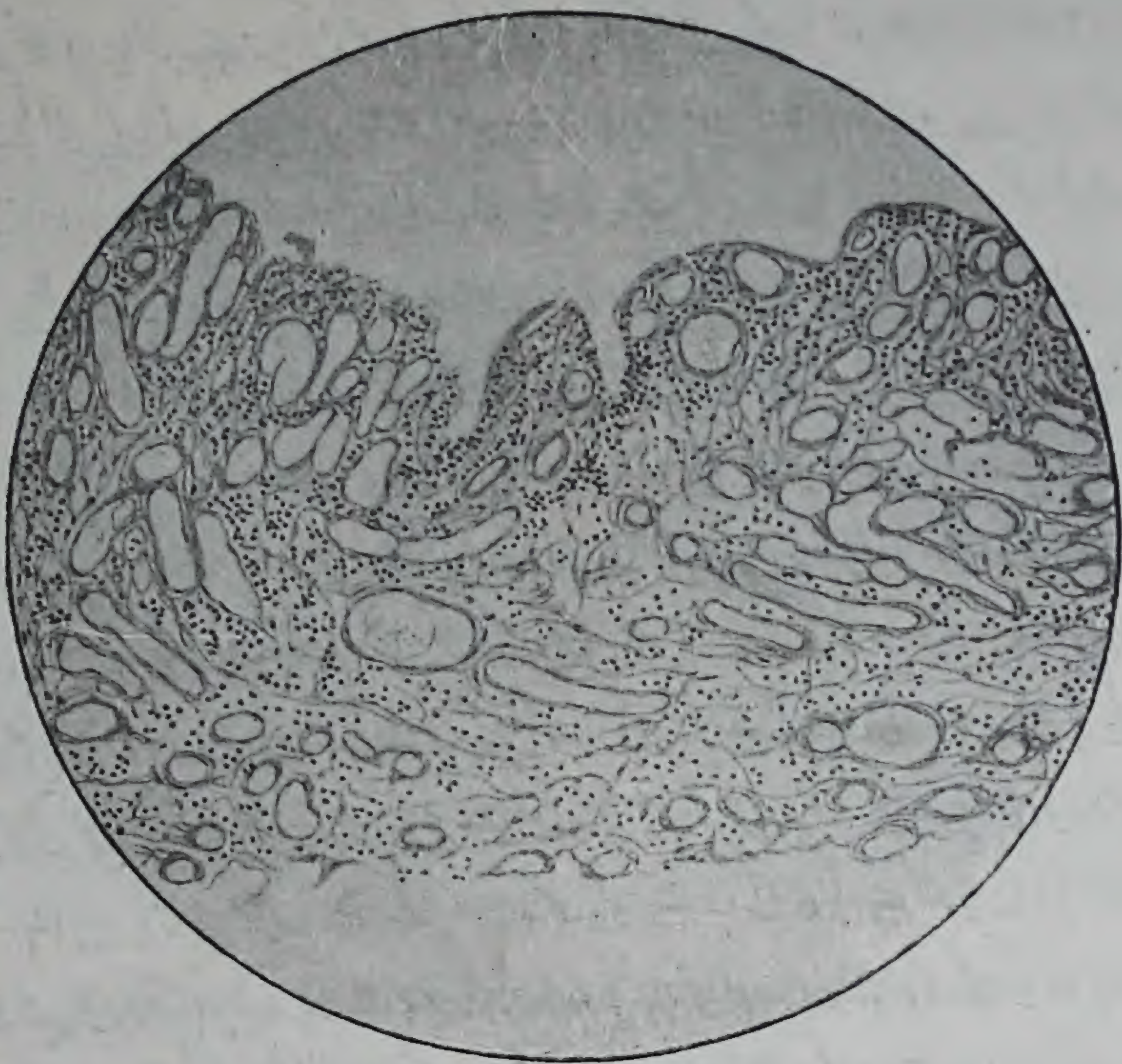
احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ مذبول رحم منثقب نہ ہونے پائے۔ اگر اس طریقہ سے شفا حاصل نہ ہو اور نکسات (relapses) واقع ہوں تو رحم کو نکال دینا چاہیے اور اس کے لئے مہبلی راستہ کو ترجیح دینا چاہیے۔

پیرانہ دروں رحمہ کے بعد یاسی ذبول اور اس کے مزمن التہاب کا نتیجہ گاہے گاہے یہ ہوتا ہے کہ اسکے سطحی سرحلہ میں بعد تکوین (metaplasia) پیدا ہوجاتی ہے اور یہ فلسمانی قسم کا ہوجاتا ہے۔ اس تغیر کو رحم کی بیاضی سطحیت (leukoplakia uteri) کے نام سے تعبیر کیا گیا ہے، اور اس مظہر سے جسم رحم میں فلسمانی خلیہ دار سرطان (squamous-celled cancer) کے گاہے گاہے پائے جانے کی توجیہ کرنے میں مدد ملتی ہے۔

رحمی اجتماعِ ریم (Pyometra)۔ رحمی اجتماعِ ریم، یا کہفۂ رحم کا پیپ سے تمدد، حاد عارضہ کی شکل میں بھی واقع ہوسکتا ہے، لیکن اکثر مثالوں میں یہ مزمن بھی ہوتا ہے۔ حاد قسم زمانۂ نفاس میں پائی جاسکتی ہے، اور یہ محبوس نفاس کے سرائت زدہ ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔ ہم کو ایسے دو اصابات کا علم ہے جن میں ولادت کے بعد رحموں میں، جو پس خمیدہ تھے، تقریباً ایک پائنٹ قیحی سیال جمع ہوگیا تھا۔ علامات وہی تھے جو گندیدگی خون (sapræmia) کے ہوتے ہیں، اور یہ رحم کو پیپ سے خالی کرنے، اور اسکی مسیلیت قائم کرنے سے رفع ہوگئے۔ غیر نفاسی اصابات میں رحمی اجتماعِ ریم مزمن ہوتا ہے، اور محبوس رحمی افراز کے سرائت زدہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ بالعموم قنالِ عنق کے مسدود ہونے سے واقع ہوتا ہے، اور پیرانہ (senile) اور تدرنی دروں رحمی التہاب (tuberculous endometritis) کے ساتھ یا ایسے سرطان کے ساتھ جو جسم رحم کے حصۂ زیرین میں واقع ہو یا سرطانِ عنق کے ساتھ پایا جاسکتا ہے۔ بخلاف اسکے بعض حالتوں میں قنالِ عنق منفتح پائی جاتی ہے، اور احتباس سیال دیوارِ رحم کی قوتِ انقباض کے زائل ہوجانے کی وجہ سے واقع ہوتا ہے۔ یہ حالت گاہے گاہے رحم کی پس خمیدگی کے ساتھ پائی جاتی ہے اور اس حالت میں مسیلیتِ رحم میں مزید رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔ اس قسم کے بعض دوسرے مزمن اصابات میں مریضہ کے خون سے واسرمین کا مثبت تعامل حاصل ہوتا ہے جس سے بحث اسباب میں ایک نئے سبب کی طرف رہنمائی ہوتی ہے (بی۔ ڈبلیو)۔

شاذ شاذ موقعوں پر رحمی اجتماعِ ریم رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) کے سرائت زدہ ہونے سے پیدا ہوجاتا ہے۔ متقیح تحت مخاطی لیفیوں میں بھی پیپ کی کچھ مقدار

419

رحم میں محسوس ہوتی ہے۔ رحمی اجتماع ریم میں اور بالخصوص اسکی شدید قسم میں نلیوں کے ساتھ ساتھ سرائیت کرکے باریطون تک پھیل جانے کا اندیشہ ہوتا ہے جس سے انبوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) اور التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ ہمیں اپنے ایک اصابہ میں ایک رحمی اجتماع ریم کی میلیت کرنے کے بعد ایک باریطونی خراج کھولنا پڑا۔

شکل ۲۴۳ - پیرانہ دروں رحمی التہاب (Senile Endometritis) اور رحمی اجتماع ریم (Pyometra) کے ایک اصابہ سے رحم کے استر کی خوردبینی تراش - یہ عروق دار اریکی بافت پر مشتمل ہے، اور مخاطیہ بڑی حد تک تباہ ہو چکا ہے۔

امراضیات۔ سیال عموماً رقیق، بدبودار، بھورے، یا چاکلیٹ رنگ کی پیپ ہوتا ہے، جس میں سے مختلف قسموں کے عضویے (جن میں قولونی عصیہ بھی شامل ہوتا ہے) کاشت کئے جا چکے ہیں، مگر یہ بعض اوقات عقیم بھی ثابت ہوتا ہے۔ دیوار رحم کی حالت تمدد کی حد

صفحہ ۱۷

رحم کی ایک وسطی سہمی تراش جو مزمن رحمی اجتماعِ ریم (Chronic Pyometra) کو ظاہر کرتی ہے۔ رحم کی دیوار کی دبازت یکساں ہے اور یہ کافی پتلی ہوگئی ہے۔ کہفۂ رحم بہت متمدد ہوگیا ہے اور یہ پیپ، خون کے شکستہ تھکوں اور بافتی تنخر کے حاصلات سے پُر ہے۔ غدی سرطانی سلعہ (adeno-carcinoma) سے دیوارِ رحم کی درر یختہ ہونے کی شہادت اس کے صرف ایک چھوٹے سے رقبہ پر موجود تھی۔

(یونیورسٹی آف برنگھم گائنیکولوجیکل میوزیم۔)

مقابل صفحہ 420.

(محبوس پیپ کی مقدار) کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، اور یہ عام طور پر نہایت پتلی اور نرم ہوتی ہے (دیکھو صفحہ ۱۷)۔ ہم میں سے ایک نے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جس میں دیوارِ رحم اتنی پتلی ہوگئی تھی جتنا کہ رق (parchment) ہوتا ہے (شکل ۲۴۱)۔ کہفہ کی دیوار کی سطح اکثر اصابات میں صاف ہوتی ہے، لیکن جب رحمی اجتماعِ ریم مدت سے موجود ہو تو رحم کا استر ایک کھردری ریم زا غشا سے بنا ہوتا ہے جو خالی آنکھ سے دیکھنے پر انتشاری سرطان کے مشابہ نظر آتی ہے، لیکن یہ تمام تر اریجی بافت سے مرکب ہوتی ہے جیسا کہ شکل ۲۴۲ و ۲۴۳ میں دکھائی دیتا ہے۔ انتشاری تدرنی دروں رحمی التہاب کے اصابات میں جو تقیح اور رحمی اجتماعِ ریم کے درجہ تک پہنچ چکے ہوں کہفۂ رحم کا استر جُبنی تودوں سے بنا ہوتا ہے جو مزمن تدرن کا امتیازی خاصہ ہیں۔

سریری خصائص اور علاج۔ جن اصابات میں خبیث بالیدیں بھی ساتھ ہی موجود ہوں ان کے نظر انداز ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب رحمی اجتماعِ ریم موجود ہوتا ہے تو یہ بالعموم ترقی یافتہ سرطانِ عنق کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ہم کو یہ علم بھی ہے کہ یہ ایک چھوٹے سے جسمی سرطان کے نتیجہ کے طور پر بھی پیدا ہوا تھا جو جسمِ رحم کے حصۂ زیرین میں فمِ داخلی کے اوپر واقع تھا۔ ایسے اصابات میں مہبل میں پیپ کے متوقف اخراجات واقع ہوتے ہیں، اور ایسا اس وقت بھی ہوتا ہے جبکہ بقیہ پیپ کہفۂ رحم میں بتدریج جمع ہو رہی ہو۔ رحمی اجتماعِ ریم سے درد، ارتفاعِ تپش، اور قشعریرے پیدا ہوتے ہیں، لیکن یہ علامات گاہے گاہے بالکل غائب بھی ہوتے ہیں۔ جب سرطانِ عنق کے اصابات میں جسمِ رحم نرم اور کلانی یافتہ محسوس ہو تو رحم برآری (hysterectomy) انجام دینے سے پہلے کہفۂ رحم کا استقصاء کر لینا چاہیئے کیونکہ دورانِ عملیہ میں غیر متوقع رحمی اجتماعِ ریم سے پیپ کے خارج ہونے سے مہلک باریطونی سرائت پیدا ہو چکی ہے۔

پیرانہ دروں رحمی التہاب سے پیدا شدہ رحمی اجتماعِ ریم (pyometra) کے اصابات میں عنق کو متسع کر دینا چاہیئے، اور رحم کو اندر سے گلیسرین یا گلیسرین اور ایکری فلیون (۵۰۰ میں ۱) سے بچار کر ربڑ کی ایک نلی سے اس کی مسلیت کر دینا چاہیئے۔ بعض اصابات میں ربڑ کی دو راستوں والی مسلیتی نلی سے، جس میں سے گلیسرین کا اقطار (instillation) رحم میں روزانہ کیا جاتا ہے علاج میں بہت مدد دیتی ہے۔ رحمی اجتماعِ ریم کے

تمام اصابات میں مجرف (curette) کے استعمال سے رحم کو منثقب کر دینے کا سخت خطرہ ہوتا ہے، اور یہ وہ حادثہ ہے جسکے بعد باریطون میں سرائت واقع ہو سکتی ہے۔ جن اصابات میں یہ علاج کارگر ثابت نہیں ہوتا ان میں مہبلی رحم برآری (vaginal hysterectomy) کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب رحمی اجتماعِ ریم کے ساتھ خبیث بالیدیا تدرن موجود ہو تو اس کا علاج مرض کی وسعت اور اسکی عملیہ پذیری کے لحاظ سے تجویز کیا جاتا ہے۔

حاد عنقی درون رحمی التہاب۔ درون عنقی التہاب

(ACUTE CERVICAL ENDOMETRITIS—ENDOCERVITIS)

یہ پہلے بھی بیان کیا جا چکا ہے کہ عنقِ رحم کا درون رحمہ اپنے تشریحی خصائص کے لحاظ سے جسمِ رحم کے درون رحمہ سے لازمی طور پر مختلف ہوتا ہے۔ عنق کی استری غشا امراضیاتی اور سریریاتی نقطہ ہائے نظر سے خاص توجہ کی مستحق ہے۔ اگرچہ سطحی سرحلمہ میں فم داخلی پر تسلسل پایا جاتا ہے، لیکن التہاب کا انتشار عنق سے کہفۂ رحم تک ہمیشہ واقع نہیں ہوتا، اور جب کبھی جسم اور عنق دونوں ماؤف ہوتے ہیں تو مرض کے اثرات بعض اوقات موخر الذکر میں قبل الذکر کی نسبت بہت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔

عنق کا حاد التہاب عام طور پر بلا واسطہ سرائت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیریں تناسلی خطہ کے حاد التہابی ضررات کے دوران میں واقع ہوتا ہے خاصکر جب کہ یہ سوزاکی اور سبحیۂ ینقی (streptococcal) اصل کے ہوں۔ یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ سوزاک کے ۹۰ فیصدی سے زائد اصابات میں عنق کی سرائت موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں عنقی بافتوں کی ایسی دریدگیوں پر بھی، جو کہ قبالتی کلاب (obstetric forceps) یا دھات کے موسّعات (dilators) کے استعمال سے پیدا ہوئی ہوں، حاد التہابِ عنق کا اضافہ ہو سکتا ہے۔ عنق کے التہاب کے واقع ہونے کا رجحان عدیم الولادت عورت کی نسبت کثیر الولادت عورت میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ موخر الذکر میں بافتوں میں پرانی دریدگیاں موجود ہوتی ہیں اور فم خارجی اور قنال عنق زیادہ منفتح حالت میں ہوتے ہیں جب عنق علی حالہ ہوتی ہے، جیسی کہ عدیم الولادت عورت میں ہوتی ہے، تو اسکی مہبلی سطح فلسمانی سرحلمہ سے محفوظ ہوتی ہے، لیکن جب یہ دریدہ ہو جاتی ہے تو قنال کا ستونی سرحلمہ

منکشف ہوجاتا ہے۔

حاد درجہ میں مہبلی عنق متورم اور متہیج دکھائی دیتی ہے۔ اس میں بہت سی جنبش دموبیت پائی جاتی ہے، اور اس کا رنگ تاریک سُرخ یا ارغوانی ہوتا ہے، اور ذرا سا چھونے پر بھی اس سے زدہ رساؤ شروع ہوجاتا ہے۔ فمِ خارجی سے ایک قیحی مواد بافراط نکلتا رہتا ہے۔ جب عنقی غدد متاثر ہوجاتے ہیں، جیسا کہ عموماً ہوتا ہے، تو ان کی وہ قناتیں جو قنال عنق میں کھلتی ہیں بند ہوجاتی ہیں اور غدد قیحی مواد سے متمدد ہوجاتے ہیں۔ یہ منقیح غدد زرد جرابات کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں اور ان میں سے چند غدد عنق کی مہبلی سطح پر فمِ خارجی کے قریب حقیقۃً ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان میں سے گاہے گاہے ایک یا زائد شکستہ ہوجاتے ہیں اور ان کے ریمی مشمولات براہِ راست مہبل میں بہ آتے ہیں۔ اِن صورتِ حالات میں بافتوں کا جو منظر دکھائی دیتا ہے اسے بعض اوقات عنق کے حاد تأکل (acute erosion of the cervix) کی اصطلاح سے تعبیر کیا جاتا ہے۔

جس عنق میں حاد التہاب پایا جاتا ہے اسکی بستگی جَس کرنے پر نرم محسوس ہوتی ہے کیونکہ متصل بافتوں میں مرتشح ہوجاتا ہے۔ چھونے پر یہ بیشتر الیم بھی ہوتی ہے۔

حاد التہابِ عنق (acute cervicitis) کی لازمی علامت ایک مفرط ریمی مواد ہے۔ بعض اوقات دردِ کمر بھی موجود ہوتا ہے جو عجزی خطہ میں محدود ہوتا ہے، لیکن بہت سی حالتوں میں مریضہ سوائے مواد اور اس مقامی تکلیف کے جو تناسلی خطہ کے حصۂ زیرین کے کسی التہابی ضرر کے ساتھ بھی پائی جاسکتی ہے (مثلاً حکۃ الفرج :pruritis vulvæ) دوسری اور کوئی شکایت نہیں کرتی۔

التہابِ عنق کا علاج حاد درجہ کے دوران میں زیادہ تر انتظاری (expectant) ہوتا ہے۔ مریضہ کو بستر پر لٹائے رکھنا چاہیے، اور کمزور پوٹاشیم پرمینگنیٹ، "ڈٹال" ("Dettol")، یا فلیوین (flavine) کے یا کسی دوسرے غیر خراش آور دافع عفونت محلول کے گرم مہبلی نطولات زیادہ مقدار میں بکثرت استعمال کرانے چاہئیں۔

حاد درجہ میں عنق کا قوی مقامی علاج کرنے سے فائدہ کی نسبت نقصان پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ التہاب کی توسیع تناسلی خطہ کے بالائی حصہ تک ہوجاتی ہے۔

حاد دروں عنقی التہاب (acute endocervicitis) کے متعلق مزید معلومات حاصل کرنے کے لیۓ مطالعہ کنندہ کو "عنق کے سوزاک" کا بیان دیکھنا چاہیۓ (دیکھو صفحہ 291 اور اس کے بعد کے صفحات)۔

مزمن دروں عنقی التہاب۔ عنق کا تاکل

(CHRONIC ENDOCERVICITIS—CERVICAL EROSION)

قنالِ عنق کے سرحلمہ کا مزمن التہاب، جسے عام طور پر "دروں عنقی التہاب" (''endocervicitis'') کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، حادِ التہابِ عنق (cervicitis) کا ایک عام عاقبہ ہے، اور یہ عنق کی اُن پُرانی سرائت زدہ دریدگیوں کے ساتھ بکثرت پایا جاتا ہے جو قبالتی ضربہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ سنینِ حال میں مزمن دروں عنقی التہاب اس لحاظ سے بہت سی بحث کا موضوع رہا ہے کہ اس حالت میں عنق نظامی سرائت کا ابتدائی ماسکہ ہوتی ہے، اور مختلف الانواع عوارض مثلاً التہابِ مفصل (arthritis)، مختلف اقسام کے ادوارِ النفس (psychosis)، التہابِ قزحیہ (iritis)، اور شری (urticaria) کی پیدائش کا باعث ہوتی ہے۔

اس مسئلہ پر ابھی تک کوئی اتفاقِ آراء نہیں ہُوا، گو اس امر کو جائز قرار دینے کیلیۓ کافی شہادت ممکن الحصول ہے، کہ موادِ عنق کے متعلق اس خیال سے محتاط جرثومیاتی تحقیقات کی جائے کہ مذکورہ بالا قسم کے عوارض میں شاذ ہی سرائت کا ماسکہ ہوتا ہو۔

مزمن التہابِ عنق کا، اور خاصکر پُرانی سرائت زدہ عنقی دریدگیوں کا، عنق کے سرطانی سلعہ کی پیدائش سے بھی اہم تعلق ہے، اور صرف اسی ایک وجہ سے عنقی سرحلمہ کے مزمن التہاب کو لازمی طور پر ایک خطرناک ضرر تصور کرنا چاہیۓ، اور ابتدا ہی میں اس کی شناخت اور اس کے محتاط علاج کو ضروری خیال کرنا چاہیۓ۔ عقم اور خاصکر "یکہ مولودی عقم" کے سبب کی حیثیت سے بھی دروں رحمی التہاب کسی قدر اہم ہے۔ عنق کے دروں رحمیہ کے التہاب کی حالت میں جو غیر طبعی عنقی افراز پایا جاتا ہے وہ اگر حیوانات منوی کے لیۓ واقعی کوئی سمی اثر نہیں رکھتا تو شائد منوی خلیہ کے اوپر جانے میں رکاوٹ پیش کرتا ہے، اور ضررِ عنق سے شفا ہو جانے کے بعد اکثر عقم رفع ہو جاتا ہے۔

خالی آنکھ سے دیکھنے پر عنقی دروں رحمی التہاب (cervical endometritis) یا مزمن دروں عنقی التہاب (chronic endocervicitis) عربیض فم خارجی کے اردگرد کی

شکل ۲۴۴۔ عنق کے مہبلی حصہ میں سے تراش جو مزمن دروں عنقی التہاب (chronic endometritis) کے ایک اصابہ سے لی گئی ہے × ۱۰۵۔ بافتوں میں گول خلیوں کی وسیع دررِیزش پائی جاتی ہے۔ یہ قنالِ عنق سے فلسمانی سرحلہ (جو علی حالہ موجود ہے) کی عمیق جانب کی طرف پھیل گئی ہے۔ آئندہ چلکر فلسمانی سرحلہ جھڑ جاتا ہے، اور اس طرح فم خارجی کے گرد صادق تقرح واقع ہو جاتا ہے جس کے بعد تاکل (erosion) پیدا ہو جاتا ہے۔

بافتوں میں سرخی اور ورم کے موجود ہونے، اور نیز قنالِ عنق میں سے مخاطی قیحی افراز کے بکثرت بہنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ ایک یا ایک سے زائد چھوٹے چھوٹے مخاطی سعد انے

(mucous polypi) اکثر ایک فراخ "فم" ("os") کے حاشیہ کے قریب چسپیدہ ہوتے ہیں، یا قنالِ عنق سے باہر ابھرے ہوتے ہیں۔ اگر عنق ضربہ کے نتیجہ کے طور پر دریدہ ہو چکی ہو تو مقدم اور موخر لب بالعموم معتدبہ حد تک بروں گردیدہ ہوتے ہیں، اور اس حالت کے لئے "شترۂ خارجی" ("Ectropion") کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے (دیکھو صفحہ 581 اور شکل ۳۶۰)۔ ان صورت حالات میں قنال عنق ایک وسیع حد تک منکشف ہوتی ہے اور اس کا انکشاف بعض اوقات اوپر کی طرف فم داخلی تک چلا جاتا ہے، اور التہابی عمل سے بروں گردیدہ بافتوں کی منکشف سطحیں ماؤف ہوتی ہیں۔

مزمن دروں عنقی التہاب کی تشخیص کیلئے مہبلی منظار کا استعمال ناگزیر ہے۔ اگرچہ جس کرنے والی انگلی سے قنالِ عنق کا اتساع، فم خارجی کی فراخی، اور چھوٹے چھوٹے مخاطی سعدانے محسوس کئے جاسکتے ہیں، لیکن جب کبھی مہبلی مواد، عقم، اور مزمن دردِ عجز کے سریری علامات سے مقامی ضرر کا شبہ پیدا ہو تو مہبلی عنق کا بصری معائنہ طبیعی امتحان کا ایک جزو ہونا چاہئے، اور اسے دستور العمل بنا لینا چاہئے۔ 423

نسیجیاتی لحاظ سے، ستونی سرحلمہ کے نیچے جو قنال عنق کا استر ہوتا ہے اور نیز ان غدد کے اردگرد جو عنقی بافت میں گہرے واقع ہوتے ہیں، گول خلیوں کی درریزش پائی جاتی ہے (شکل ۴۴۲)۔ ابتدا میں سرحلمہ میں تکاثر پیدا ہو جاتا ہے، اور خلیات مخاط سے پُر ہو کر بہت جلد گر جاتے ہیں۔ غدد بھی متورم ہو کر دو بیرہ نما ہو جاتے ہیں، اور اپنے ذاتی افراز سے جس میں خلیاتِ ابیض کے اجتماعات اکثر دکھائی دیتے ہیں، بھر جاتے ہیں۔ غدی سرحلمہ کے تکاثر کے بعد تقشر واقع ہو جاتا ہے۔ اور سرحلمہ سے مبرا دو بیرہ نما فضائیں باقی رہ جاتی ہیں۔ انجام کار فم خارجی کا ہم پہلو سرحلمہ ایک تقشری عمل سے جھڑ جاتا ہے، اور اس مقام پر ایک صادق قرحہ بنجاتا ہے، جسکے بعد "تاکل" ("erosion") پیدا ہو جاتا ہے۔ دورانِ اندمال میں انحطاط یافتہ عنقی غدد پر لیفی ناہضات (fibroblasts) کا حملہ ہوتا ہے، اور یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ قنال کے اندر کے اور مہبلی جانب پر کے، یعنی دونوں اطراف کے سطحی سرحلمہ کی تجدید نئے خلیوں کے نمو سے ہوتی ہے، لیکن ہیکل لیفی بافت کے اضافہ کی وجہ سے مستقل طور پر دبیز رہ جاتا ہے۔ اصلی بافت میں زجاجی انحطاط اور دیوارہائے عروق میں نمایاں دبازت دکھائی دیتی ہے۔

عنقی تاکل (Cervical Erosion)۔ عنقی دروں رحمہ کے التہاب کے ساتھ

صحفہ ۱۸

و

ب

ج

عنق کے تآکل (Erosion of Cervix) کے مناظر جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں۔ و — سادہ تآکل (Simple Erosion)۔ ب — حلیمی تآکل (Papillary Erosion)۔ ج — جرابی تآکل (Follicular Erosion)۔

مقابل صفحہ 423۔

ایک عام ضرر نہایت کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے جو سرسری طور پر عنقی تاکل (cervical erosion) کہلاتا ہے۔ اس حالت کا صحیح امراضیاتی نام کاذب غدی سلعہ (pseudo-adenoma) ہے، کیونکہ اس میں غدی تکاثر اور سرحلمی غیر منبعیت دونوں اکھٹے پائے جاتے ہیں، اور یہ ظاہر ہے کہ یہ التہابی عمل سے پیدا ہوتے ہیں۔ ایک صادق غدی سلعہ (یعنی ایک بین نوساخت: neoplasm) بھی عنق میں واقع ہوتا ہے، اور اسے اس کاذب غدی سلعہ سے جو التہاب سے پیدا ہوتا ہے ضرور احتیاط سے تمیز کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 445)۔

امراضیاتی تشریح۔ عنقی تاکل کو سمجھنے کے لئے مطالعہ کنندہ کو طبعی عنق کے مناظر اور اسکی ساخت سے واقف ہونا ضروری ہے جس کا ذکر صفحات 23 تا 25 میں کیا گیا ہے۔

جنین میں غشائے مخاطی فم خارجی سے آگے تک چلی جاتی ہے، اسلئے زندگی کے ابتدائی حصہ میں قنال عنق کا استر عنق کی آزاد مہبلی سطح پر ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ اس جنینی کیفیت کے برقرار رہنے سے ایک حالت پیدا ہوتی ہے جو خلقی تاکل (congenital erosion) کے نام سے مشہور ہے۔ اس سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ نوعمر باکرہ عورتوں میں، اور التہاب کی عدم موجودگی میں بعض اوقات عنق پر ظاہری تاکلات کیوں پائے جاتے ہیں۔ بہرکیف خلقی تاکلات قلیل الوقوع ہیں، اور ان کو مستثنیٰ قرار دیتے ہوئے ہمیں اس امر کا یقین ہے کہ تاکلات التہاب سے پیدا ہوتے ہیں۔

خوردبین سے دیکھنے پر عنق کی دریدگی سے پیداشدہ شترۂ خارجیہ (ectropion) (دیکھو شکل ۳۶۰، صحفہ ۳۰، صفحہ 581) اور عنقی تاکل کے درمیان کسی فرق کا تمیز کرنا بالکل ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ موخرالذکر کے امتیازی خصائص ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ بروں گردیدہ اور ملتہب عنقی دروں رحمیہ کے ہوتے ہیں۔

خالی آنکھ سے تاکل کے جو خصائص نظر آتے ہیں ان میں معتدبہ اختلاف ہوتا ہے۔ اور ان کو تین عنوانات میں تقسیم کرنے کا رواج ہے، جن سے ان کی سرسری طور پر توضیح ہو جاتی ہے۔ اس مقصد کے لئے جو اصطلاحات مستعمل ہیں وہ سادہ (simple) حلیمی (papillary)، اور جرابی (follicular) "تاکلات" ہیں، اور ان کو اس وقت تک برقرار رکھا جاسکتا ہے جب تک کہ مطالعہ کنندہ کے یہ ذہن نشین رہے کہ یہ فقط ایک ہی امراضیاتی عمل کے ترقی پذیر مدارج ہیں۔ صحفہ ۱۸ ا ہر ایک قسم کے مناظر کو ظاہر کرتا ہے جو خالی آنکھ سے دکھائی

شکل ۲۴۵ - مہبلی حصہ (Portio Vaginalis) کی طولی تراش جو ایک تاکل (Erosion) کے خردبینی خصائص کو ظاہر کرتی - ب سے لیکر ا تک فلسانی سرطلمہ کی جگہ ایک ثابت تاکل پیدا ہو گیا ہے جو عنقی درول رحمہ کے ساتھ مسلسل ہے اور ساخت میں اسکے مشابہ ہے - ج پر عنقی درول رحمہ کے شکن دکھائی دیتے ہیں جو شجر حیات (arbor vitae) کے نام سے موسوم ہیں - د پر درول رحمہ سعد انہ نما (polypoidal) ہو گیا ہے۔

دیتے ہیں۔ شکل ۲۴۶ سادہ تاکل کی نسیجیات کو ظاہر کرتی ہے جو ایک التہابی رقبہ کی شکل کا دکھائی دیتا ہے، اور یہ سرحلمہ کی محض ایک ہی تہ سے پوشیدہ ہے (ا)۔ شکل ۲۴۷ "حلیمی" تاکل ("papillary" erosion) کے خردبینی منظر کو ظاہر کرتی ہے اور شکل ۲۴۸ اور ۲۴۹ جرابی (follicular) قسم کو ظاہر کرتی ہیں۔ یہ غور سے دیکھنا چاہئے کہ حلیمی اور

425

رقبۂ تقرح

عمود ریختہ بافت جو نئے ستونی سرحلمہ سے پوشیدہ ہے

ا

فلسمانی سرحلمہ

فم خارجی

شکل ۲۴۶۔ اس شکل میں سادہ عنقی تاکل (Simple Cervical Erosion) کی التہابی اصل دکھائی گئی ہے۔ ایک التہابی رشحہ قنالِ عنق سے باہر کی طرف کو جاتا ہے اور عنق کی مہبلی سطح کے نیچے پھیل گیا ہے۔

جرابی اقسام میں محض غدد کی جسامت کا اختلاف ہے جو سطح پر کھلتے ہیں۔ موخرالذکر میں غدد زیادہ بڑے اور زیادہ متمدد ہیں، اور اس لئے بعض اوقات سطح پر دویرے یا "جراب" پیدا ہو جاتے ہیں جو خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں (دیکھو صفحہ ۱۸، ج)۔
لہٰذا تاکل کے خردبینی خصائص وہی ہیں جو ایسے عنقی درون رحمہ کے ہوتے ہیں

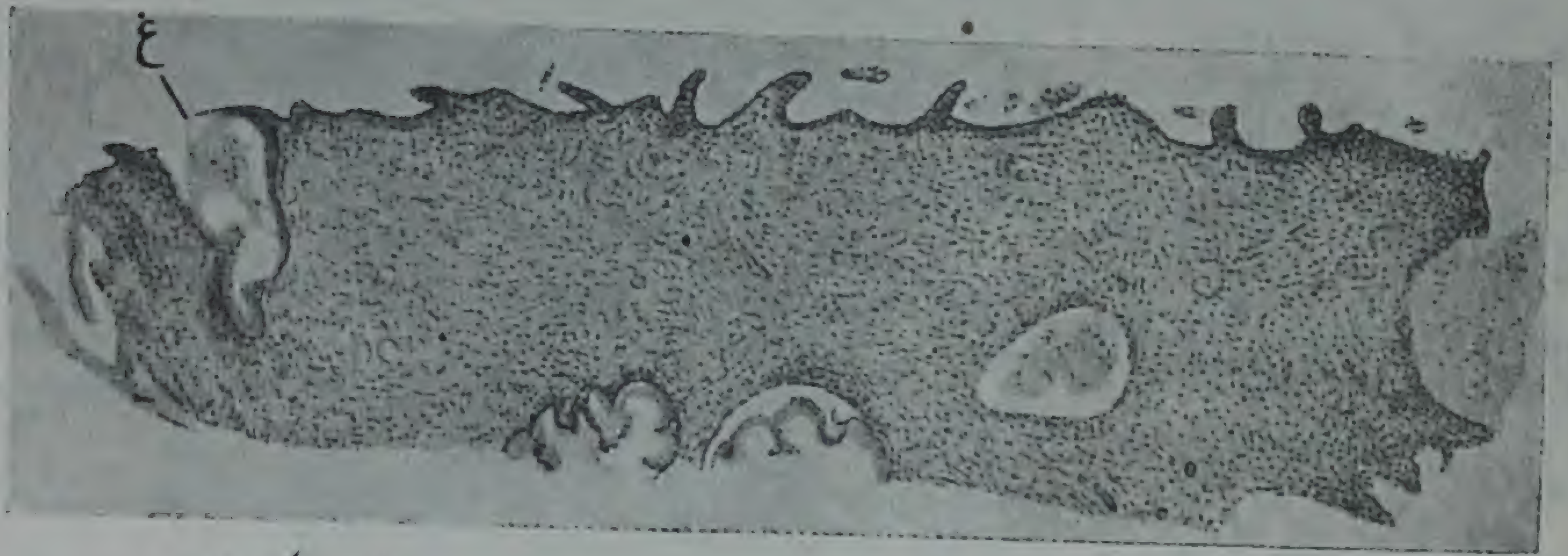
جس پر التہاب کے امارات کا اضافہ ہو گیا ہو۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک تکاثری کاذب غدی سطحی (proliferative pseudo-adenomatous) حالت پیدا ہو جاتی ہے، جو ستونی سرحلمہ کی ایک سطحی تہ پر مشتمل ہوتی ہے جس میں سے ان شاخدار غدو کے منہ کھلتے ہیں جو عین اسکے نیچے واقع ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۴۷، غ اور ۲۴۵، غ)۔ ستونی سرحلمہ کے نیچے اور غدد کے ارد گرد التہابی گول خلیوں کے اجتماعات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، اور تحت سرحلمی رشحہ میں مصلی خلیات (plasma cells) کی افراط کا بار بار مظاہرہ کیا جا سکتا ہے۔ بعض مقامات پر یہ التہابی ارتشاح سطح تک پہنچ جاتا ہے، اور یہ فلسمانی یا ستونی سرحلمہ سے پوشیدہ نہیں ہوتا۔ لہٰذا ایسے رقبہ جات صادق تقرح کی مثالیں ہیں۔ (دیکھو شکل ۲۴۷)۔ ایک آئندہ درجہ میں یہ متکاثر ستونی سرحلمہ سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۴۶)۔

مذکورہ بالا صورت حالات کے مدنظر اکتسابی تاکل کو ضرور قدرت کی اس کوشش کا نتیجہ تصور کرنا چاہیئے جو یہ قرصہ کو سرحلمہ سے ڈھک کر اسے مندمل کرنے کے لئے کرتی ہے۔ سرحلمہ میں ستونی خاصہ اسلئے پایا جاتا ہے کہ اس کا بیشتر حصہ قنال کے سرحلمی استر سے پیدا ہوتا ہے، لہٰذا جہاں تک سرحلمہ کے طرز عمل کا تعلق ہے اکتسابی تاکل خلقی تاکل کا متماثل ہوتا ہے۔ جس میں قنال کا سرحلمہ مہبلی عنق کی سطح تک تجاوز کر آتا ہے۔

بہر کیف یہ بارہا معلوم کیا جا چکا ہے کہ فلسمانی سرحلمہ کی قاعدی تہ میں ستونی خلیوں کے پیدا کرنے کی استعداد موجود ہوتی ہے، اور ان خلیوں کے غیر غدی لیفی عضلی تہوں کے اندر گھس جانے سے شاخدار غدی طاقیے (glandular crypts) پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے جو غدو تاکل میں دکھائی دیتے ہیں وہ ہماری رائے میں دو مآخذ سے پیدا ہو سکتے ہیں، (۱) صادق عنقی درون رحمی کے تکاثر سے، (۲) فلسمانی سرحلمہ (جس سے عنق کا مہبلی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے) کے قاعدی خلیات کے تکاثر اور بعد تکوین (metaplasia) سے (دیکھو شکل ۲۴۸، ۲۴۹ اور ۲۵۰)۔ جب اس قسم کا ثانوی غدی تکون واقع ہوتا ہے تو غدو بعض اوقات سطح پر کھل جاتے ہیں جس سے تاکل کی حلیمی (papillary) قسم پیدا ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۲۴۷)۔ بعض غدد سطح پر بند جرابوں کی طرح رہتے ہیں، اور اپنے افراز سے متسع ہو کر طاقوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، اور اسطرح جرابی تاکل (follicular erosion) پیدا ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۱۸۰ ج اور شکل ۲۴۸، ط)۔

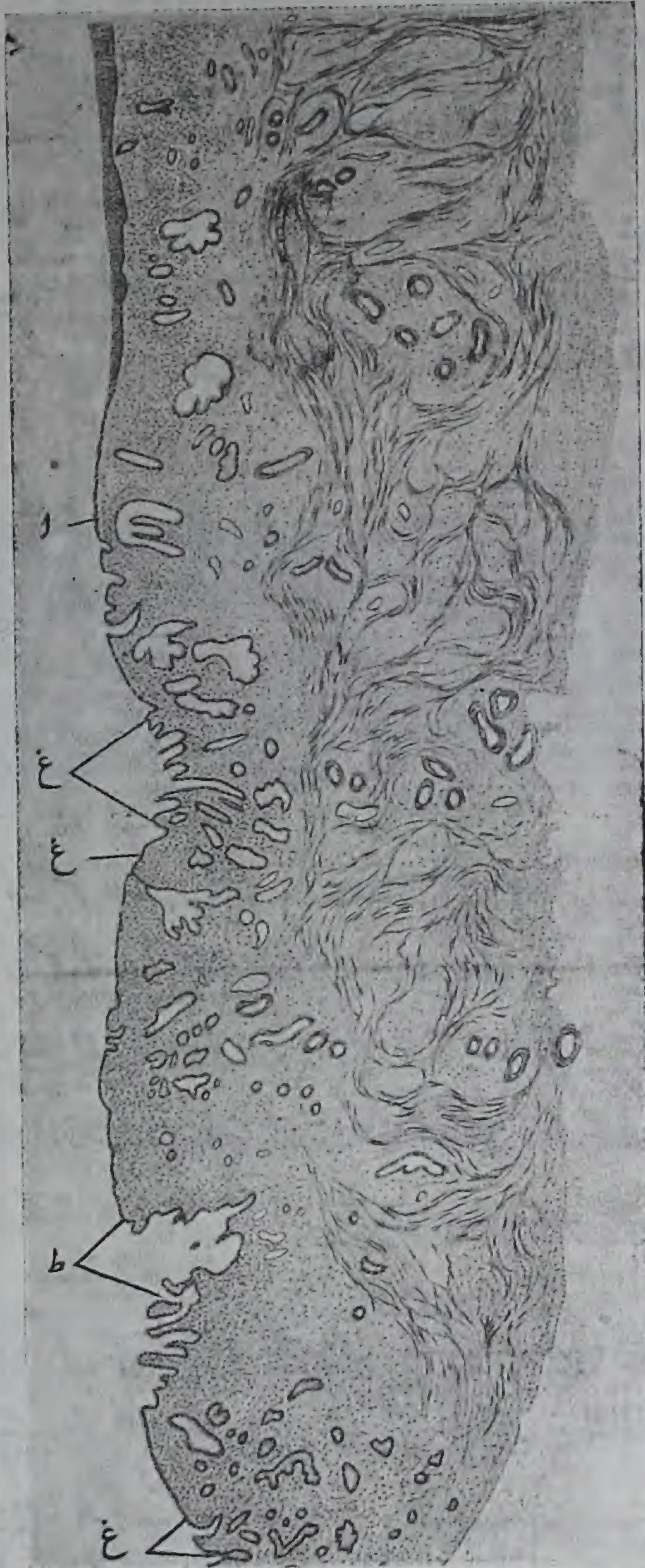
جب التہابی رشحہ ستونی سرحلمہ کی محض ایک ہی تہ سے پوشیدہ ہوتا ہے تو یہ حالت سادہ تاٰکل (simple erosion) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے (دیکھو شکل ۲۴۶)۔

مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ تمام اقسام تقرح اور اندمال ہی سے نہیں بلکہ قنال کے درون رحمی استر کے مہبلی حصّہ (portio vaginalis) کی سطح پر تکاثری غدی سلعی حملہ (خلقی) ہونے سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔

لہٰذا اکتسابی تاٰکل کے مقابلہ میں جو ایک صادق التہابی ضرر ہے خلقی قسم غدی سلعی حملہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اکتسابی ضرر میں التہابی عمل سرحلمی تکاثر کو تحریک پہنچاتا ہے

شکل ۲۴۷۔ یہ شکل ایک حلیمی تاٰکل (papillary erosion) کو ظاہر کرتی ہے۔ ۵۰× ۔ فلسمانی سرحلمہ کی سطحی تہیں اتر چکی ہیں۔ قاعدی تہ باقی رہ گئی ہے، اور حلیموں کو پوشیدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ غ پر ایک غدی نشیب افراز سے پُر ہے، جو سطحی سرحلمہ کی قاعدی تہ سے بنا ہے۔ سریری مناظر حلیمی قسم کے تاٰکل کے تھے۔

تاکہ قرحہ ڈھک جائے۔ ایسا تاٰکل بھی بیشتر دیکھنے میں آتا ہے جس میں اندمال کی یہ کوشش صرف جزوی طور پر مکمل ہوتی ہے۔ اس صورت میں قرحہ کی سطح کے حصّے جو تا حال سرحلمہ سے مبرّا ہوتے ہیں صاف دکھائی دیتے ہیں (دیکھو شکل ۲۴۶)۔

جب ایک دفعہ سرحلمی تکاثر شروع ہو جاتا ہے تو یہ بدقسمتی سے بند نہیں ہوتا خواہ یہ سلیلم بھی کیوں نہ ہو، اور طبعی اندمال کی جگہ سرحلمی جنبش بالیدہ واقع ہو جاتی ہے۔ بہت سے تاٰکلات میں ایسا ہی ہوتا ہے، چنانچہ قرحہ کے مندمل ہونے کی بجائے تکاثری غدی سلعی عمل

(proliferative adenomatous process) رونما ہوتا ہے، جسے منطقی طور پر

شکل ۲۴۸ - یہ شکل حصۂ مہبلی (Portio Vaginalis) پر ایک جرابی تآکل (follicular erosion) کو ظاہر کرتی ہے۔ اوپر فلسمانی سرحلمہ پتلا ہو گیا ہے اور قاعدی تہ ہی باقی رہ گئی ہے۔ قاعدی تہ بقیہ سطح پر مسلسل چلی گئی ہے، اور مقامات غ پر اس سے غدہ نما انبیبات نکل کر ہیکل میں چلے گئے ہیں۔ انبیبات کے گہرے حصے فضاؤں کی شکل میں دکھائی دیتے ہیں جن کا استر سرحلمہ کا ہے۔ (ط) (جرابی تآکل -(follicular erosion:

عنق کے کاذب غدی سلعہ (pseudo-adenoma of the cervix) کے نام سے تعبیر کیا جا سکتا ہے۔

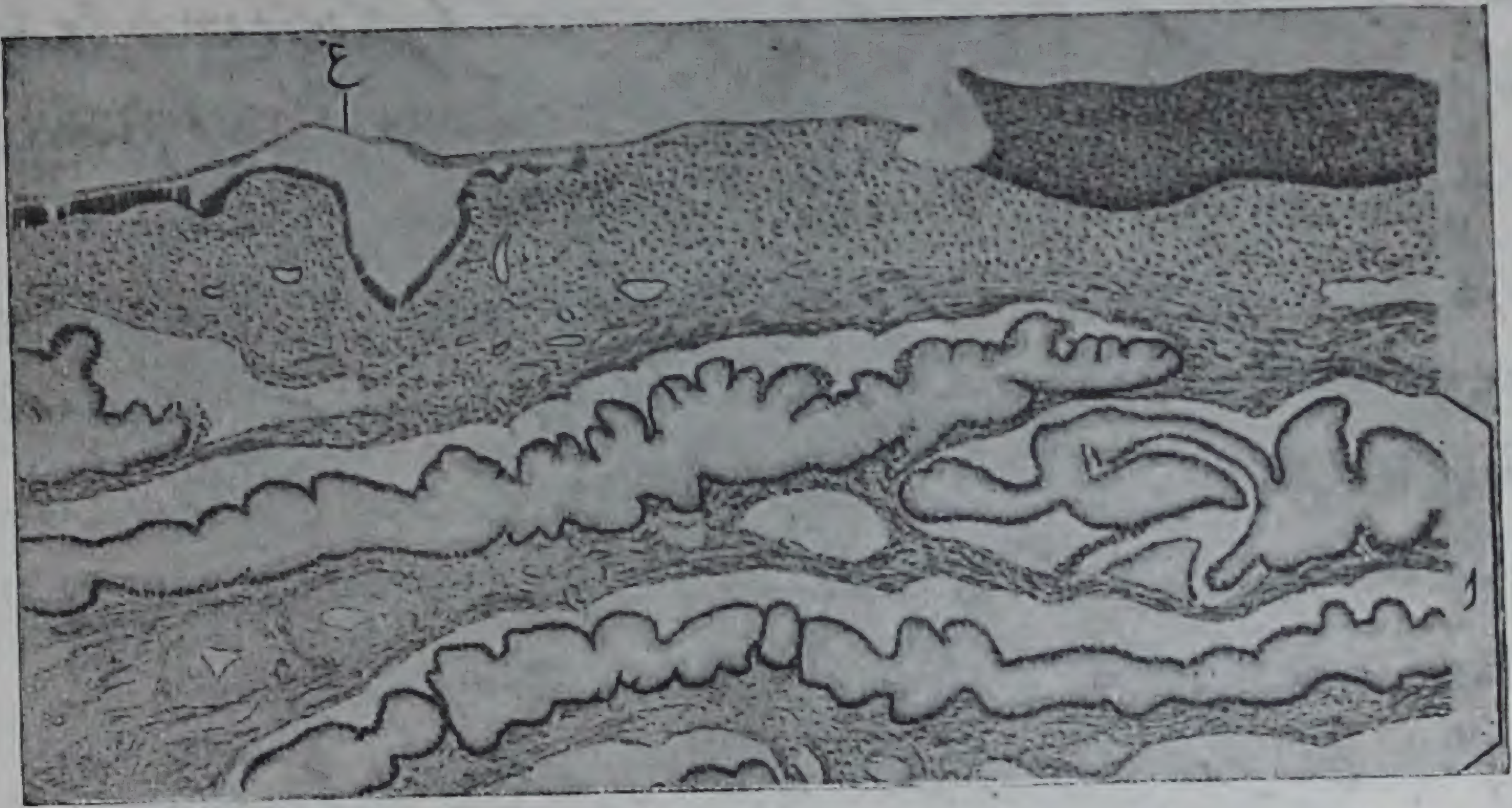
جو دویرہ نما عنقی غدد عنقی سر حلمہ کے مزمن التہابی ضررات میں اکثر پائے جاتے ہیں ان کو اس حالت میں جبکہ یہ اتنے بڑے ہوں کہ سریری طور پر شناخت کیئے جا سکیں، نیبوتھ کے جرابات (Naboth's follicles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ چھوٹے چھوٹے دویرے فلسمانی سر حلمہ کو آگے دھکیل دیتے ہیں، اور عنق کی سطح پر تنے ہوئے چمکدار اور نیلگوں گول اجسام کی شکل میں ابھر آتے ہیں۔ کسی خطرناک ضرر کے موجود ہونے کے بغیر ان کا وجود اتنا عام ہے کہ ماہرین تشریح نے ان کو طبیعی عنق کا معمولی خاصہ قرار دیا ہے (شکل ۱۹، صفحہ 26)۔ نیبوتھ کے جرابات عنقودی عنقی غدد کی قنالوں کے بند ہو جانے سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ بعض اوقات مٹر کے دانے کے برابر بڑے ہو جاتے ہیں، اور شاذ شاذ حالتوں میں انگور کے برابر بھی پائے جاتے ہیں۔ کچو کا لگانے پر ان سے گاڑھا اور لوچدار مخاط خارج ہوتا ہے۔ اس قسم کے متمدد غدہ کے سطح پر کھلنے کے بعد (اگر اس کا استر تباہ نہ ہو چکا ہو) سر حلمہ میں تکاثر شروع ہو جاتا ہے، اور یہ فلسمانی خلیہ دار سطح میں مداخلت کر کے تاکل پیدا کر دیتا ہے۔ لہٰذا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ نیبوتھ کے کسی سابقہ جراب کا کہفہ کسی تاکل میں کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

گاہے گاہے جرابات کسی مندمل تاکل کی سطح کے نیچے ظاہر ہو جاتے ہیں۔ اس کا یہ مطلب ہے کہ سطح کے طبعی حالت میں آنے کے دوران میں بعض گہرے جرابات تباہ نہیں ہوئے بلکہ متمدد ہو کر اس قدر بڑے ہو گئے کہ جدید سطحی سر حلمہ میں سے دکھائی دینے لگے، بالفاظ دیگر گہرے حصوں میں اندمال واقع نہیں ہوا۔

سوزاک میں نیبوتھ کے جراب کے مشمولات بعض اوقات سرائت زدہ ہو جاتے ہیں، اور کچو کا لگانے پر ان سے مخاطی پیپ نکلنے لگتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔

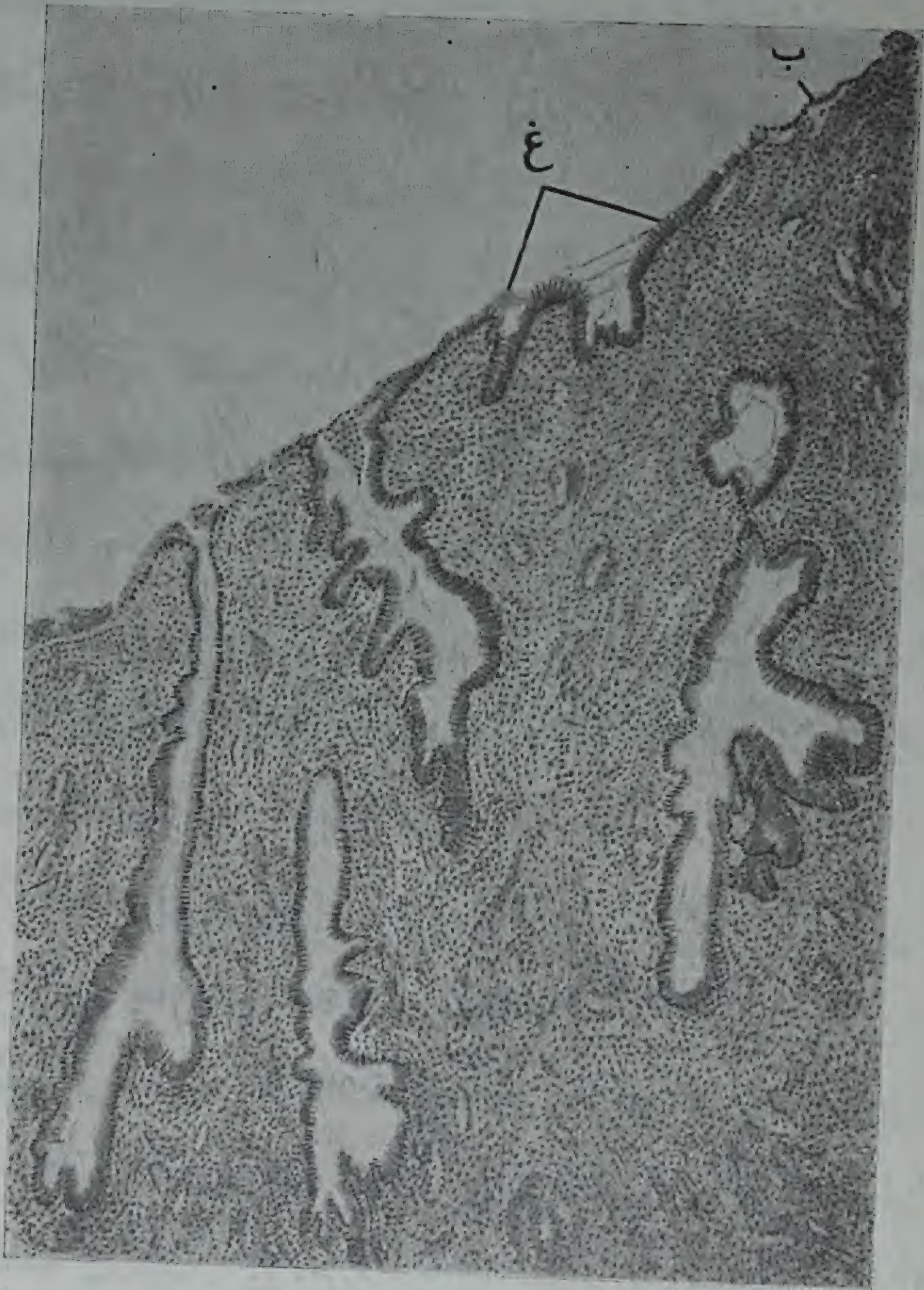
مزمن عنقی تاکل کے علامات خواہ یہ سادہ ہو یا حلیمی یا جرابی، مزمن دروں عنقی التہاب کے (جو تاکل کے ساتھ اس کثرت سے پایا جاتا ہے) علامات کے تقریباً مماثل ہوتے ہیں۔ ان کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحات 421 و 422)، اور اس لیئے یہاں صرف زیادہ نمایاں سریری خصائص ہی کی طرف توجہ کرنا کافی ہوگا۔ چند مثالوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک وسیع تاکل موجود ہوتا ہے اور اس کے کوئی واضح علامات نہیں ہوتے، اور مریضہ کو اس کی موجودگی کا علم بھی نہیں ہوتا۔ ایسے تاکل کا انکشاف حوض کے دوسرے ضررات کی تحقیق کے دوران میں ہوتا ہے۔

428

جو علامت سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے اور جس کی وجہ سے مریضہ معالج کے مشاہدہ میں آتی ہے وہ مستمر اور مفرط سیلانِ ابیض (leucorrhœa) ہے۔ مواد بالعموم مخاط نما (mucoid) ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات رقیق اور آبی بھی ہوتا ہے۔ اس کا رنگ عام طور پر سفید ہوتا ہے، اور اس میں مخاط اور مغلظ خلوی فواضل کے ندفات موجود ہوتے ہیں۔ جب کوئی تاٌکل دروں عنقی مخاطیہ کے مزمن التہاب کے ساتھ موجود ہوتا ہے تو مواد بعض اوقات زیادہ قیحی

شکل ۲۴۹۔ یہ شکل حصۂ مہبلی (Portio Vaginalis) کی ایک تراش کو ظاہر کرتی ہے جو فلسمانی سرحلمہ کی صرف قاعدی تہ ہی سے پوشیدہ ہے۔ ۱۰۵ × ۔ اس کے نیچے ایک غدہ (غ) واقع ہے، جس کے ستونی سرحلمہ نے فلسمانی سرحلمہ کی قاعدی تہ کو جس سے یہ (غدہ) پیدا ہوا ہوگا ایک طرف کو دھکیل دیا ہے۔ (ا) ایک غدی سلعی نوساخت (adenomatous neoplasm) کے انبیبات کو ظاہر کرتا ہے۔ دائیں جانب کی سطح پر فلسمانی سرحلمہ دکھائی دیتا ہے۔

429

قسم کا اور خراش آور ہوتا ہے جس سے ایک تکلیف دہ حکۃ الفرج (vulval pruritis) پیدا ہو جاتا ہے۔ سادہ تاٌکل میں نزف عام طور پر نہیں پایا جاتا، لیکن جرابی قسم میں مجامعت یا مہبلی نطول (vaginal douche) کے بعد بعض اوقات خفیف سا نزف دیکھنے میں آتا ہے۔ اگر کوئی چھوٹا سا غدی سلعی سعدانہ (adenomatous polypus) فم خارجی کے حاشیہ پر

موجود ہو تو زف کے وقوع کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ درد عنقی تاکل کا اہم خاصہ نہیں۔ بعض مریض حوض میں گرانی کے احساس، یا درمیانہ درجہ کے دردِ کمر کی شکایت کرتے ہیں جو عجزی یا خطہ سے منسوب ہوتا ہے۔ لیکن اغلب یہ ہے کہ اس قسم کے علامات مزمن دروں عنقی التہاب سے منسوب

شکل ۲۵۰۔عنقی تاکل (سادہ قسم)۔یہ عمودی تراش ایسے رقبہ میں سے لی گئی ہے جو سطحی سرحلمہ کی قاعدی تہ (ب) کو ظاہر کرتا ہے جس سے غدی نشیب (غ) بنے ہیں۔

کئے جا سکتے ہیں جو تاکل کے ساتھ موجود رہتا ہے۔

جو عورتیں عقم (sterility) کے علاج کے لئے مشورہ طلب کرتی ہیں ان میں اکثر ایک وسیع تاکل پایا جاتا ہے، اور اِس امر میں کچھ شبہ نہیں ہو سکتا کہ یہ ضرر، اس لئے کہ اس کے

ساتھ ہی افراز عنق کی مقدار اور اس کے خواص میں تغیرات پائے جاتے ہیں، قلتِ بار وری کا ایک سبب ہوتا ہے۔ اور اس کا ثبوت یہ ہے کہ ایسے علاج کے عین بعد جو تأکل سے شفا حاصل کرنے کے لئے کیا جائے حمل کا استقرار ہو جاتا ہے۔ مختلف نظامی عوارض، مثلاً مزمن رثیت (chronic rheumatism)، ادواء النفس (psychoses) وغیرہ کے متعلق پہلے بھی حوالہ دیا جا چکا ہے جو عنقی مخاطیہ کے اُن مزمن سرایتی ضررات سے منسوب کئے گئے ہیں جو مہبلی عنق کے تأکل کو بالعموم متلازم ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 421)۔ جو اہم تعلق سرائت زدہ تأکلات اور عنق کے سرطانی سلعہ کے درمیان پایا جاتا ہے اس پر بھی پہلے زور دیا جا چکا ہے۔

430

مزمن عنقی تأکلات اور دروں عنقی التہاب (endocervicitis) کا علاج اکٹھا بیان کیا جا سکتا ہے۔ خواہ کوئی ذریعۂ علاج بھی اختیار کیا جائے (ذرائع علاج بہت سے ہیں) یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ مشورہ طلب کرنے والے مریضوں کی ایک بڑی اکثریت میں علامات کا سبب سرائت ہوتی ہے جو ساتھ ہی موجود ہوتی ہے۔ اس سرائت کا مقام خاص طور پر عنق کے پیچیدہ عنقودی غدد (racemose glands) کے اندر ہوتا ہے، اور جب یہ ایک مرتبہ جڑ پکڑ جاتی ہے تو اس کا استیصال کبھی بھی آسان نہیں ہوتا۔

عنقی بافتوں کی عمیق مزمن سرائت کے علاج کے لئے جو ذرائع ممکن الحصول ہیں وہ کیمیاوی، حراری، برقی، شعائیاتی (radiological) اور جراحی تدابیر پر مشتمل ہیں۔

عنقی تأکل کے لئے دافعِ عفونت اور کاوی ادویہ کا مقامی استعمال ایک طویل مدت سے بہت پسندیدہ طریقۂ علاج رہا ہے۔ سادہ سطحی ضررات میں، جن میں بافتوں کی عمیق سرائت موجود نہ ہو، ٹنکچر آف آئیوڈین، مرکیوروکروم (mercurochrome)، فینال (phenol)، سیال کاربالک ایسڈ، آرجیرال (argyrol) یا سلور نائٹریٹ کی سی دواؤں کا منظار میں سے لگانا شفایابی کے لئے بعض اوقات کافی ہوتا ہے۔ یہ علاج کئی ہفتوں تک جاری رکھنا پڑتا ہے، اور جب کاویات لگائے جا رہے ہوں تو اس بات کی احتیاط کرنا چاہیئے کہ جو رقبہ پہلے تباہ کیا جا چکا ہے اس پر کے نازک سرحلہ کو جو اسے بتدریج پوشیدہ کر رہا ہو بعد میں تباہ نہ کیا جائے۔ یہاں یہ بھی بیان کیا جا سکتا ہے کہ عنقی ضررات کے علاج میں مہبلی نطولات کا استعمال بالکل بے سود ہوتا ہے، اور جو بہت عارضی سا فائدہ ہوتا ہے اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ قنال مہبل میں جمع شدہ مواد صاف ہو جاتا ہے۔

مختلف سفوفوں مثلاً کے اولین (Kaolin)، فلرس ارتھ (Fuller's earth) وغیرہ کے استعمال پر بھی یہی صادق آتا ہے، جن کا بعض اوقات مہبل میں نفوخ کیا جاتا ہے۔ اس قسم کے سفوف مواد جذب کر لیتے ہیں، اور دوسرے علاج کے مساعد کے طور پر مفید ہیں لیکن صرف انہی کے استعمال سے مستقل شفایابی کا امکان نہیں ہوتا۔ بعض مصنفین (ہالویسٹین Halvestine: فارمر Farmer: گیل ہارن Gellhorn: اور کینیڈی Kennedy:) نے بیان کیا ہے کہ عنق کی بافتوں یا ضرر کے حاشیہ کے ارد گرد مختلف مقامات پر دافع عفونت محلولات، مثلاً مرکیوروکروم ۲ فیصدی، میتھیلین بلیو ا فیصدی، اور الکحل، کا براہ راست اشراب کرنے سے اچھے نتائج پیدا ہوتے ہیں۔

ٹووے (Tovey) اور دوسروں نے عمیق سرائت کو تباہ کرنے کی کوشش کرتے ہوئے عنقی بافتوں میں مختلف محلولات کا گہرا نفوذ حاصل کرنے کے لئے رواں رسانی (ionisation) کا استعمال کیا ہے۔ ٹووے کا یہ بیان ہے کہ ایک کلاں برقیرہ (electrode) اور ۱۰ ملی ایمپیئر کی رو سے بیس منٹ کے عرصہ میں تانبا عنق میں ۸ مم تک پہنچایا جا سکتا ہے، اور اس سے مفید نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

امریکہ اور دوسرے ممالک کی بہت سی سریریات گاہوں (clinics) میں مزمن دروں عنقی التہاب اور عنقی تاکل کے علاج کے لئے مکواۃ (cautery) اور برقی حرارت رسانی (diathermy) کا استعمال علاج کی دوسری تدابیر کی جگہ ایک بڑی حد تک رائج ہو گیا ہے۔

ہنر (Hunner) نے سنہ ۱۹۰۶ء میں مزمن دروں رحمی التہاب کے علاج کے لئے پہلے پہل پکیلینی مکواۃ (Paquelin cautery) کا استعمال کیا، اور اس کے بعد ڈکنسن (Dickinson) نے باریک تار کے برقی انفی مکواۃ (electrical fine wire nasal cautery) کے استعمال کی تعریف کی، اور اس طریقہ کی اب تک معتدبہ تائید کی جا چکی ہے۔

عمیق سرایت کو تباہ کرنے کے لئے ماؤف رقبہ کا تکویہ (cauterization) تین سے لیکر چار ہفتوں کے وقفوں پر موثر ثابت ہوتا ہے، اور دو چار بار کی کے بعد شفا کی توقع کی جا سکتی ہے۔ یہ طریقہ صرف مزمن ضررات ہی کے لئے موزوں ہے اور جب کبھی حاد موضعی ضرر موجود ہو تو اس طریقہ کو ہرگز ہرگز اختیار نہ کرنا چاہیئے۔ عنقی تکویہ کا طریقۂ عمل یہ ہے کہ

منظار کی مدد سے عنق کو احتیاط سے منکشف کرلیا جائے اور تکویہ سے پہلے بافتوں کو افراز اور مواد سے بہت اچھی طرح سے صاف کرلیا جائے۔ نصف سنٹی میٹر سے لیکر ایک ایک سنٹی میٹر کے فاصلہ پر داغ لگائے جاتے ہیں جو فم خارجی سے شروع ہوکر باہر کی طرف کو منشع ہوتے ہیں۔ اسکے بعد قنال عنق کو متسع کردیا جاتا ہے تاکہ بعد میں تضیق (stricture) واقع نہ ہونے پائے، اور دروں عنقی سر حلمہ پر بھی یہی عمل کیا جاتا ہے۔

تین سے لیکر چھ ہفتہ کی مدت کے بعد اس عملیہ کا تکرار کیا جاتا ہے، اور ان رقبہ جات کی طرف توجہ کی جاتی ہے جن کا تکویہ پہلے نہیں کیا گیا تھا۔ بہتر یہی قرار دیا گیا ہے کہ تکویہ کی گہرائی قاعدۃً ۵ ملی میٹر سے زیادہ نہ ہونی چاہیئے۔

اس علاج کے بعد مہبلی مواد میں اضافہ ہوجاتا ہے، اور اس دوران میں روزانہ مہبلی نطول ضروری ہوتا ہے۔

برقی حرارت رسانی (diathermy) یا برقی رو کے ذریعہ سے بافتوں کی ترویب کو بھی متبادل طریقہ کے طور پر استعمال کیا جاسکتا ہے، اور اسکے متعلق یہ بیان کیا گیا ہے کہ دروں عنقی التہاب کے بعض اصابات میں اسکے نتائج انفی تکویہ (nasal cautery) کی نسبت بہتر ہوتے ہیں۔ اینڈے کا دو قطبی برقیرہ (Ende's bipolar electrode) استعمال کرنا چاہیئے اور اس امر کے متعلق احتیاط کرنا چاہیئے کہ جب تک کہ یہ آلہ قنال عنق میں نہ رکھ دیا جائے برقی رو کو سوئچ کے ذریعہ سے جاری نہ کیا جائے۔ اسی طرح برقیرہ کو قنال عنق سے نکالنے سے پہلے رو کو منقطع بھی کیا جائے۔ علاوہ ازیں مناسب یہی ہوگا کہ بافتوں کی بیش ترویب کی جگہ ان کی زیر ترویب ہی کی جائے تاکہ بعد میں عنق کے ضیق (stenosis) اور اس کے تضیق (stricture) کے پیدا ہونے کا خطرہ نہ رہے۔

ریڈیئم کے ذریعہ سے مزمن التہاب عنق کا علاج کرنے کا جو طریقہ شکاگو کے کرٹس (Curtis) نے ۱۹۲۰ء میں پیش کیا تھا اس کے استعمال کی سفارش نہیں کی جاسکتی کیونکہ ریڈیئم کے فعل کو صرف عنق ہی کے سر حلمہ تک محدود نہیں رکھا جاسکتا۔ تھوڑے سے معتاد کے استعمال کے بعد بھی عنق میں ضیق کی پیدائش کا خطرہ ہوتا ہے اور اسکے علاوہ مبیض کے فعل میں خلل واقع ہونے کا امکان بھی ہے۔

عنقی ضررات کا جراحی علاج جن میں تأکل نشترۂ خارجی (ectropion) اور

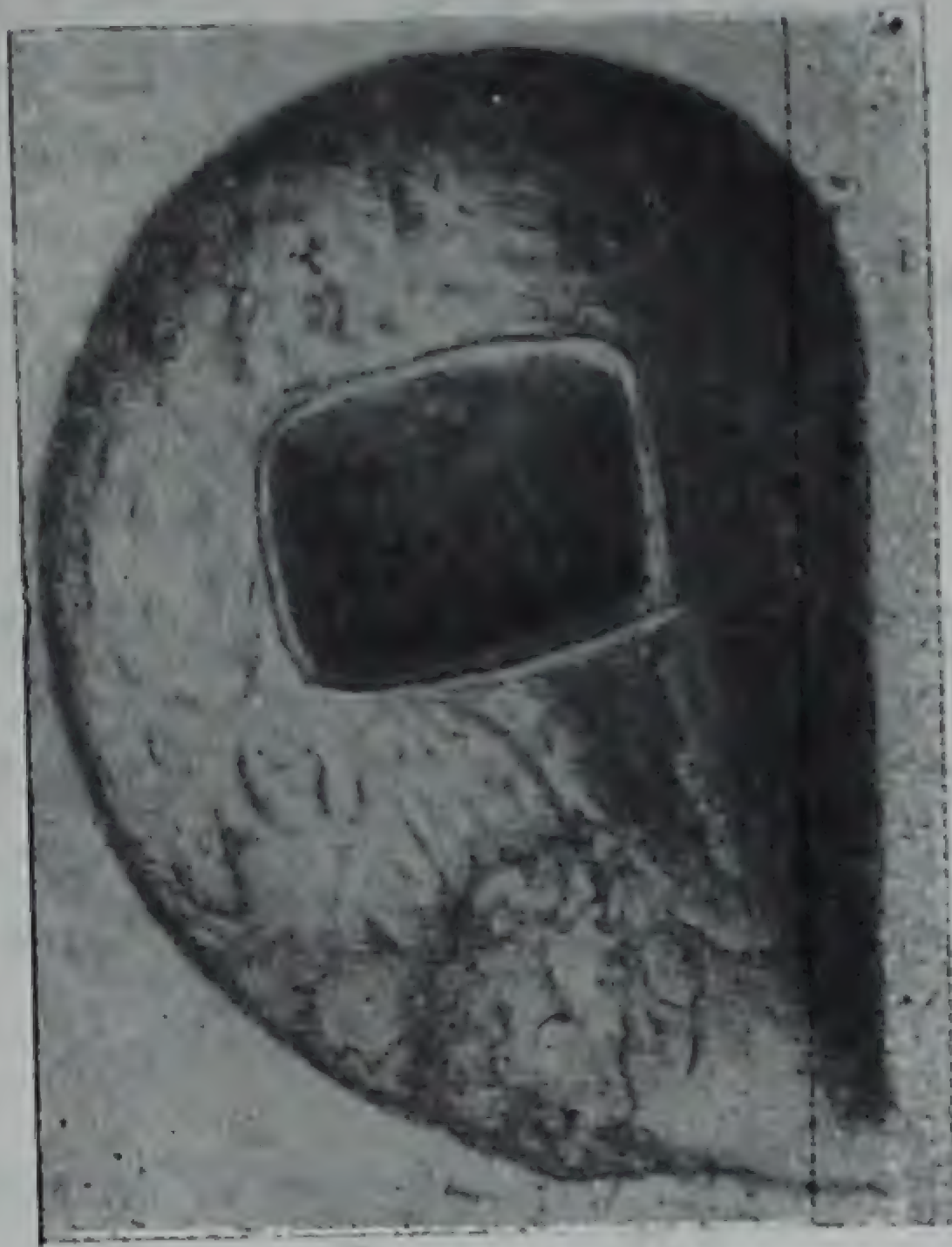
مزمن دروں عنقی التہاب شامل ہیں، ایک آئندہ باب میں دیا گیا ہے (دیکھو حصہ پنجم "عملیتی امراض النسا" صفحات 862 تا 870)۔ اس کے جو طریقے کار آمد ہیں وہ یہ ہیں۔ عنق دوزی (trachelorrhaphy) یا تکوینی مرمت جو لونی (Bonney)، سٹرمڈورف (Sturmdorf) یا ایمٹ (Emmet) کی ترکیب کے مطابق انجام دی جاتی ہے، یا عنق کا بتر جو دائری (circular) طریقہ سے یا شروڈر (Schröder) کے طریقہ سے کیا جاتا ہے۔ عملیہ کا انتخاب عارضہ کی نوعیت (تاکل یا شترۂ خارجی)، مریضہ کے علامات، اور اسکی عمر پر ہے، خاصکر جہاں تک موخر الذکر کا تعلق مابعد حمل کے امکان سے ہو۔ مزید برآں یہاں یہ بھی بیان کیا جاسکتا ہے کہ جراحی تدابیر اختیار کرنے کا مشورہ دینے سے پہلے مخفف مرض علاج کی اُن اصولوں پر مکمل طور پر آزمایش کرلینا چاہیئے جن کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے۔ گو یہ سے بہت سے ایسے مریضوں کو شفا ہوجاتی ہے جن کے متعلق ابتدا میں یہ خیال کیا جاتا ہے کہ ان کے لئے زیادہ شدید طریقہ ہائے علاج کی ضرورت ہوگی۔ پیش عملیتی علاج خواہ یہ مکمل طور پر کامیاب نہ بھی ہو، ایک دانشمندانہ احتیاط ہے، کیونکہ اس سے مقامی امتلا اور سرائت کسی حد تک کم ہوجاتے ہیں، اور ابتدائی اتحاد کی مساعدت ہوتی ہے، اور اس طرح عملیہ کے نتائج زیادہ یقینی ہوجاتے ہیں۔

رحمی سبائک

(UTERINE CASTS)

کہفۂ رحم میں چار واضح اقسام کے سبائک کے پائے جانے کا ہمیں علم ہے۔ (۱) صادق ریزینی سبائک (true decidual casts) (۲) جسیم حیضی تسلخات (massive menstrual exfoliations) (۳) لیفینی سبائک (fibrinous casts)، (۴) خونی سبائک (blood casts)۔

(۱) صادق ریزینی سبائک خارج الرحم حمل کے اصابات میں اکثر خارج ہوتے ہیں۔ ان کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے (دیکھو صفحہ 244)۔ اسی قسم کے سبائک سے بہت کچھ ملتا جلتا ایک سبیکہ حمل رحم کے ان اصابات میں زیادہ شاذ طور پر خارج ہوتا ہے جو اسقاط پر منتج ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۵۱)۔ اس حالت میں یہ سبیکہ (cast) اسی سبیکہ کے

مشابہ ہوتا ہے جو خارج الرحم حمل میں دیکھنے میں آتا ہے (دیکھو شکل ۱۴۵)، مگر یہ موخرالذکر سے انحطاط یافتہ سلوی خملات کی موجودگی کی وجہ سے تمیز کیا جاتا ہے۔ مضغہ کا بالعموم اس میں کوئی نشان نہیں پایا جاتا اور بعض ماہرین جنینیات (مال : Mall) اس مظہر کو غیر طبعی بیضہ کا حاصل تصور کرتے ہیں، ہمارا میلان بھی اسی نظریہ کو تسلیم کرنے کی طرف ہے۔ اِس قسم کے اسقاطوں کو دروں رحمہ کے اُس التہاب کے ساتھ منسوب کیا جا چکا ہے جو تنفیب بیضہ سے قبل یا اسکے بعد واقع ہو، لیکن اصابات کے ایک سلسلہ میں جس کے متعلق ہم میں سے

شکل ۲۵۱۔ ریزینی سبیکہ (Decidual Cast) جو اسقاط کے طور پر خارج ہوا تھا۔ مضغہ شناخت نہیں کیا جا سکا۔

ایک نے تحقیقات کی ہے سرائیت کی کوئی روئداد حاصل نہیں ہو سکی۔

(۲) جسیم حیضی تسلخ کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحات 184 تا 191)۔

(۳) لیفینی سیانگ کا نہے گا ہے نوعی حمیاتِ طفحیہ (specific exanthemata) میں سے کسی ایک کے دوران میں خارج ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۵۲)، اور اِن کا فعلِ حیض سے کچھ تعلق نہیں ہوتا۔ یہ حمل کا نتیجہ نہیں ہوتے، اور ان کی دیواروں میں دروں رحمہ کے شناخت پذیر حصے نہیں پائے جاتے۔ یہ بظاہر ایک مقامی مظہر ہی معلوم ہوتے ہیں جو خون کی عمومی سرائت سے رونما ہوتا ہے، لیکن ان کے بننے کا طریقہ

معلوم نہیں ہوا۔

(۴) خونی سبائک۔ یہ نادر ترین ہیں۔ شکل ۲۵۳ میں ان کی ایک مثال دکھائی گئی ہے۔ ان کو "حیضی وحمات" ("menstrual moles") سے ہرگز خلط ملط نہ کرنا چاہیے جن کے متعلق پہلے یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ یہ صادق عسر الطمث کے بعض اصابات میں رحم سے خارج ہوتے ہیں۔ مختلف شدید عمومی سرائتوں کے دوران میں

شکل ۲۵۲۔ لیفینی رحمی سبیکہ (Fibrinous Uterine Cast)۔ اس کی دیوار لیفینی مادہ پر مشتمل تھی اور اس میں درون رحمی بافت نہیں تھی۔ سبیکہ کے اندر سیال خون پایا گیا۔ تپ محرقہ کے ایک اصابہ سے۔

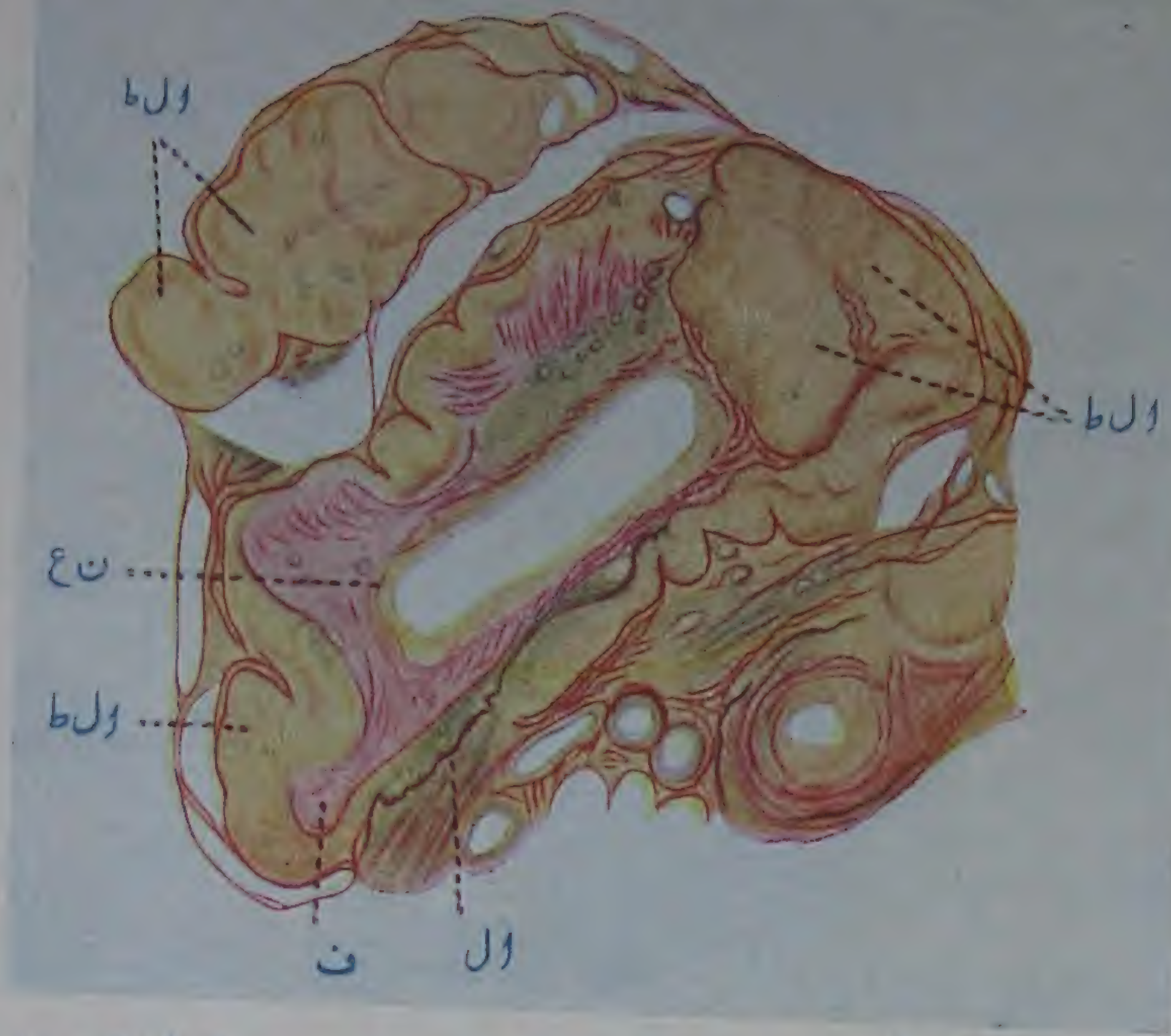
433 بعض اوقات ایک مکمل خونی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ شکل ۲۵۳ میں جو نمونہ دکھایا گیا ہے وہ صرف ترویب یافتہ خون کے ایک ٹھوس تودہ پر مشتمل تھا، اور ایک ایسی عورت کے رحم سے خارج ہوا تھا جو لوزی الاصل حاد عفونت الدم سے فوت ہو گئی تھی۔ یہ سبیکہ قعر سے لیکر فم خارجی تک کہفۂ رحم کا ایک مکمل ڈھانچہ ہے، اس کا نیچے کا سرا

ایک مخروطی حصہ پر مشتمل ہے جس کا طول ۱ انچ ہے، اور یہ سبیکہ کے جسم سے ایک اتصلی تجویف سے علیحدہ ہے جو فم خارجی کے محل کا متناظر ہے۔

شکل ۲۵۳۔ مکمل رحمی خونی سبیکہ (Complete Uterine Blood Cast)۔
لوزی عفونت الدم (tonsillar septicæmia) کے ایک اصابہ سے۔

رحم کا مزمن زیر التفاف

(CHRONIC SUB-INVOLUTION OF THE UTERUS)

وضع حمل یا اسقاط کے بعد رحم کی جسامت میں کلانی کی ایک حالت دیکھنے میں آتی ہے جسے زیر التفاف (sub-involution) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ یہ اصطلاح اس نظریہ کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ یہ کلانی نفاسی التفاف کے طبعی عمل کے موقوف ہو جانے کی وجہ سے

د۔ اس تصویر میں یہ ظاہر کیا گیا ہے کہ وضع حمل کے بعد التفاف (Involution) کا طبعی عمل دیوار رحم کی شریانوں کو کس طرح متاثر کرتا ہے (گڈآل)۔ یہ ایک بڑے عرق کی تراش ہے جس میں ایک نیا چھوٹا عرق موجود ہے۔ اصلی عرق کے اندرونی لچکدار طبقہ (ا ل ط) کے تمام ممر میں سوائے ایک مقام (ا ل) کے کولائڈی تغیر واقع ہوگیا ہے۔ مقام ا ل پر اس کا سیاہ تونشیہ برقرار ہے اور پرانے وسطی طبقہ کا عضلہ موجود ہے گو اس میں لچکدار بافت متداخل ہے۔ (ف) سے بین شریانی فضا ظاہر کی گئی ہے جو زجاجی شے سے پُر ہے۔ ن ع ایک نئے عرق کو ظاہر کرتا ہے جو پرانے عرق کے اندر ہے۔ اوپر کے بائیں کونے میں ایک ایسے عرق کے کمش اندرونی لچکدار طبقہ کا بہت سا حصہ دکھائی دیتا ہے جو اپنے طویل محور کے کم و بیش متوازی ہے۔ اس کے مرکزی حصہ میں سرخ زجاجی بافت کی مقدار اقل ہے۔ نیچے کے دائیں کونے میں ایک پرانا عرق دکھائی دیتا ہے جو جزوی طور پر ذبول یافتہ ہے اور جس کا قطر یہ چھوٹا ہے۔ اس کے درونہ میں ایک چھوٹا نیا عرق ہے۔ ایک بین شریانی فضا موجود ہے جو نسبتہً بڑی ہے اور سرخ زجاجی بافت سے پُر ہے۔

ب۔ صادق مزمن التہاب الرحم (Chronic Metritis) میں رحم کی دیوار۔ رحم کی دیوار میں لیفی بافت کی کثیر مقدار کو غور سے دیکھا جائے۔ تقریباً تمام بافت عروق کے اندرونی لچکدار طبقہ تک محدود ہے۔

تونشیہ۔ وگرٹ اور وان گیسن۔ (فلیچر شا۔)

صحفہ ۲۰

ب

ب ۔ باکرہ عورت کے رحم کی شریانیں ۔ لچکدار بافت شریانوں کے اندرونی لچکدار ورقہ میں نہایت کثیر مقدار میں موجود ہے ۔
توشیہ ۔ ویگرٹ اور وان گیسن ۔ (فلیچر شا ۔)

د

د ۔ صاحب ولادت عورت کے طبعی رحم کے عروق ۔ یہ تمام عروق نئے سرے سے بنے ہیں، اور پرانے عروق کے آثار سوائے تصویر کے نیچے کے حصہ کے مکمل طور پر جذب ہوگئے ہیں اس حصہ میں دو عروق کے ساتھ کسی قدر لچکدار بافت باقی ہے جو انکی دیوار کے باہر سیاہ رنگی ہوئی دکھائی دیتی ہے ۔ یہ لچکدار بافت کسی پرانے بڑے سے عرق کے اندرونی لچکدار طبقہ کا باقی ماندہ حصہ ہے جس میں نئی عرقی گذرگاہیں بن گئی ہیں ۔
توشیہ ۔ ویگرٹ اور وان گیسن ۔ (فلیچر شا ۔)

پائی جاتی ہے، اور صرف اسی قسم کے تغیر کے لئے "زیر التفاف" کی اصطلاح کا استعمال کیا جاتا ہے۔
طبعی التفاف کی حالت میں رحم میں جو تغیرات واقع ہوتے ہیں ان کا پہلے ذکر کرنا ضروری ہے۔

434

گڈال (Goodall) اور فلیچر شا (Fletcher Shaw) نے ان تغیرات کا مطالعہ کیا تھا، اور لندن کے ولفریڈ شا (Wilfred Shaw) نے حال ہی میں ان کا مطالعہ کیا ہے۔ گڈال اور فلیچر شا کی رائے مندرجہ ذیل ہے:-

طبعی التفاف کے دوران میں عضلی بافت کی مقدار میں بہت جلد تخفیف ہو جاتی ہے، اور یہ غالباً عضلی ریشوں کے ذراتی ذبول (granular atrophy)، اور شحمی انحطاط، اور نشائدان کی پیپٹونیدگی (peptonization) اور اماعت سے عمل میں آتی ہے، اور فاضل حاصلات کو لمف کی رو بہا کر لے جاتی ہے۔ عروق کی دیواروں میں بھی تغیرات واقع ہوتے ہیں جن کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ان کے درونوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ بہت سے عروق علقیت سے مکمل طور پر مسدود ہو جاتے ہیں اور بعض میں خون کے تھکوں میں قنال بن جاتی ہے، اور اس طرح اگرچہ درونہ کھل جاتا ہے لیکن یہ نمایاں طور پر تنگ رہتا ہے۔

گڈال کے مطابق شریانوں میں وسطی اور بیرونی دونوں طبقوں کی لیفی بافت متورم ہو جاتی ہے اور اس میں زجاجی تغیر واقع ہو جاتا ہے، اور اندرونی لچکدار طبقہ (elastica interna) متورم اور دبیز ہو جاتا ہے۔ اس انحطاط یافتہ لچکدار بافت کے تکوینی تعاملات نہایت متغیر ہوتے ہیں، ویگرٹ کے توشیہ (Weigert's stain) سے نوخیز بافتوں میں یہ خشتی سرخ رنگی جاتی ہے، اور آخر میں متاخر مدارج میں یہ زرد ہو جاتی ہے (صحفہ ۱۹ (ا)، ا ل ط۔ تندرست لچکدار بافت اس توشیہ سے سیاہ رنگی جاتی ہے۔

اسکے بعد وسطی طبقہ کی زجاجی بافت اندرونی لچکدار طبقہ پر حملہ کرتی ہے، اور علقیت زدہ عرقِ خون کے درونہ میں داخل ہو جاتی ہے۔ جو زجاجی مواد درونہ میں داخل ہو جاتا ہے وہ درحلمی خلیات سے محصور ہو جاتا ہے اور ان سے نئے عرق کا استر طیار ہوتا ہے (صحفہ ۱۹ (ا)، ن ع)۔ یہ عمل پرانے عرق میں واقع ہوتا ہے، اور اس سے ایک چھوٹی سی نئی شریان بنجاتی ہے جس کے اردگرد اسی پرانے عرق کے اندرونی لچکدار طبقہ اور وسطی طبقہ کے باقی حصے پائے جاتے ہیں (صحفہ ۱۹ (ا)، ا ل ط اور ن ع)۔ مکمل التفاف میں پرانے عرق کی دیوار بالکل غائب ہو جاتی ہے، لیکن التفاف شاذ و نادر ہی مکمل ہوتا ہے، اس لئے پرانے عروق کے

نشانات بالعموم باقی رہ جاتے ہیں جن سے ایسی عورت کا طبعی رحم شناخت کیا جاسکتا ہے جسے کبھی ولادت ہوئی ہو (صحیفہ ۲۰ ' ا)۔

ناقص التقاف (sub-involution) میں جو نمایاں ترین خاصہ دیکھنے میں آتا ہے وہ یہ ہے کہ بافت کی ایک بڑی مقدار برقرار رہتی ہے اور یہ گڈال اور فلیچر شا کی رائے میں پرانے عروق ہی کی ہوتی ہے۔ اسی لیئے ہمیں ایسے جدید عروق ملتے ہیں جو انحطاط یافتہ لچکدار بافت کے تودوں سے محصور ہوتے ہیں اور یہ بافت پرانے عروق کے متورم اندرونی لچکدار طبقہ سے حاصل ہوتی ہے۔ اس باقی ماندہ بافت میں اسکے طبعی توشیحی خواص پھر پیدا ہو جاتے ہیں' اور یہ ویگرٹ کے طریقہ سے رنگنے پر ختی سرخ ہونے کی بجائے سیاہ ہو جاتی ہے (صحیفہ ۲۱ ' ب)۔ اس لچکدار بافت میں بعض اوقات پرانے وسطی طبقہ کی باقی ماندہ عضلی بافت متداخل ہو جاتی ہے (دیکھو صحیفہ ۲۰ ' ا)۔

وریدوں میں کوئی خاص اندرونی لچکدار طبقہ نہیں ہوتا' لیکن ان کی دیواروں میں لچکدار بافت کی' جو لیفی بافت سے ملی جلی ہوتی ہے' ایک معتدبہ مقدار موجود ہوتی ہے۔ دوران التقاف میں لیفی بافت متورم اور زجاجی ہو جاتی ہے' اور اس طرح ورید کا دورنہ کم ہو جاتا ہے۔ زجاجی بافت طبعی صورت حالات میں عضلہ میں تبدیل ہو جاتی ہے' لیکن جب التقاف ناقص ہو تو یہ عضلہ میں تبدیل ہونے کی بجائے لچکدار بافت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔

دوران التقاف میں رحم کے عضلی نظام کی لیفی اور لچکدار بافتوں میں وہی تغیر واقع ہوتا ہے جو عروق کی دیواروں میں ہوتا ہے' یعنی یہ متورم اور زجاجی ہو جاتی ہیں' اور بعد میں کسی حد تک جذب ہو جاتی ہیں۔ زیر التقاف میں زائد بافت کا انجذاب موقوف ہو جاتا ہے' اور اس کی جگہ لیفی اور لچکدار بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ موخر الذکر بافت کی جو مقدار باقی رہ جاتی ہے وہ اسی لئے عدیم الولادت عورت کے طبعی رحم کی لچکدار بافت کے مقابلہ میں زیادہ ہوتی ہے۔

اس سے یہ ظاہر ہے کہ گڈال اور فلیچر شا کی رائے کے مطابق لچکدار اور لیفی بافتوں کی افراط زیر التقافی رحم کا بہت نمایاں خاصہ ہے۔

یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ التقاف رحم کی تشریح اور فعلیات کے متعلق جن نظریوں کا ذکر کیا گیا ہے ان کی صحت پر ولفرڈ شا نے اعتراض کیا ہے۔ اس نے گڈال کے

ا

ا۔ رحم کی سادہ بیش پرورش کے ایک نمونہ کے عروق۔ یہ عروق باکرہ عورت کے رحم کے عروق سے ناقابل تمیز ہیں۔
توشیہ۔ ویگرٹ اور وان گیسن۔ (فلیچر شا۔)

ب

ب۔ رحم کے مزمن زیر التفاف (Chronic Subinvolution) کے ایک نمونہ کے عروق۔ یہ نئے بنے ہوئے عروق جن میں سے ہر ایک میں ایک قلیل العرض اندرونی لچکدار طبقہ موجود ہے، بیاد بافت کے تودوں سے محصور ہیں جو پرانے عروق کے اندرونی لچکدار طبقہ کے انحطاط یافتہ باقی ماندہ حصے ہیں۔
توشیہ۔ ویگرٹ اور وان گیسن۔ (فلیچر شا۔)

پیش کردہ نتائج پر ان الفاظ میں تنقید کی ہے" اِن سے کثیر الولادت اور اول الولادت عورتوں کے ارحام کے التفاف میں تفریق نہیں کیجا سکتی"۔ ڈبلیو شا کا یہ خیال ہے کہ "رحم میں لچکدار بافت کی کثیر مقدار کا پایا جانا اُن عورتوں کے ارحام کی ایک طبعی حالت ہے جن کو بہت سے بچے پیدا ہوئے ہوں، اور یہ زیر التفافی تغیرات کی طرف ہرگز کوئی اشارہ نہیں کرتی۔ ایسا تغیر (مثلاً لچکدار بافت کی افراط) کثیر الولادت عورتوں کے ارحام میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے، اور اس بافت کی مقدار عورت کے تعدد ولادت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، اور اِس کا اُس مرض سے کوئی تعلق نہیں ہونا چاہئے جس کی مریضہ شکائت کرتی ہو"۔ ڈبلیو شا کا یہ بیان ہے کہ اس نے ایسی عورتوں سے حاصل کردہ ارحام میں متماثل ضررات دریافت کئے ہیں جن میں کوئی غیر طبعی نسائیاتی علامت نمودار نہیں ہوئی تھی۔ مزید برآں وہ گڈآل کے ان مشاہدات کی تصدیق کرنے سے بھی قاصر ہے جو اُس نے پرانے اصلی عرق کے درونہ میں نئے عرق کے طبعی التفاف کے ایک عمل کے طور پر، پیدا ہونے کے متعلق کئے ہیں۔ اُس کا یہ خیال ہے کہ طبعی التفاف کا یہ عمل "عضلی دیوار کے ذراتی ذبول" سے پیدا ہوتا ہے اور عرق کے درونہ کا قطر یہ زیر درحلی بافتوں کے تکاثر کا نتیجہ ہوتا ہے۔ شا کی رائے میں زیر التفافی رحم کی جسامت کی زیادتی کا انحصار عروق کی کسی حالت پر نہیں، بلکہ یہ تمامہ دیوار رحم کے عضلی خلیات کے التفافِ آجل پر منحصر ہے۔

اس قسم کے دو نظریوں کی موجودگی میں جو ایک دوسرے کے مخالف ہیں مزمن زیر التفاف کی ساختی تفصیلات کا ذکر کرنا مفید مطلب نہ ہوگا۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ بعض خاص صورت حالات کے تحت رحم حمل کے بعد از سر نو طبعی جسامت اختیار نہیں کرتا، اور اس قسم کے ارحام کی عضلی دیواروں میں بعض خاص خرد بینی مناظر موجود ہونے کے علاوہ مریضہ میں ایسے علامات بھی موجود ہوتے ہیں جن کی وجہ سے وہ طبی مشورہ طلب کرتی ہے۔ اب ہم زیر التفاف کے اسبابِ معدّہ کا ذکر کرینگے۔

عمر۔ اس امر کی طرف پہلے اشارہ کیا جاچکا ہے کہ رحم میں عضلہ اور لیفی بافت کا اضافی تناسب موضوع کی عمر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ سِن بلوغ سے پہلے عضلہ اور لیفی بافت کا تناسب ۲ اور ۳ ہوتا ہے۔ سِن بلوغ کے بعد یہ ۳ اور ۲ ہوجاتا ہے۔ انقطاع الطمث کے بعد یہ پھر ۲ اور ۳ ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ عضلہ کی مقدار اُس سے بھی کم ہو۔ رحم میں لیفی بافت کی مقدار جتنی زیادہ ہوگی عمل التفاف کا میلان اتنا ہی زیادہ غیر اکمل

ہونے کی طرف ہوگا۔

باروری (تخصیب) ۔ ہر حمل کے بعد رحم میں لچکدار بافت کی ایک مقدار کثیر مطروح ہو جاتی ہے، اور عضلہ کی اضافی مقدار کم ہو جاتی ہے ۔ لہٰذا ان تمام عورتوں میں جن کو کوئی ایک بچے پیدا ہوئے ہوں رحم میں خفیف سی مستقل کلانی پیدا ہو جاتی ہے۔

زیر التقاف کے جو اصابات ہمارے مشاہدہ میں آتے ہیں ان کی ایک بڑی اکثریت میں صرف عملِ التقاف کی موقوفی ہی امراضیاتی امر نہیں ہوتی ۔ ممکن ہے کہ سرایت اور محبوس بافتیں موقوف التقاف کے عام ترین اسباب ہوں ۔ پس گردی (retroversion) ایک اور کثیر الوقوع مرافق عارضہ ہے جو کسی حد تک رحم کی نامناسب جسامت اور اس کے وزن سے، اور کسی حد تک رحمی سہاروں کے عمومی ارتخا سے، جو حمل کا نتیجہ ہوتا ہے، براہ راست منسوب کیا جا سکتا ہے۔

زیر التقاف کے حالیہ اصابہ میں جو علامات پائے جاتے ہیں وہ تحت الحاد دروں رحمی التہاب کے علامات سے ایک عمومی مشابہت رکھتے ہیں ۔ سرائت کا عنصر جتنا زیادہ نمایاں ہوگا علامات اتنے ہی زیادہ شدید ہوں گے، اور جب رحم میں سرائت زدہ بافت کا کوئی ٹکڑا باقی رہ جاتا ہے تو بے قاعدہ ارتفاعِ تپش اور شدید نزف واقع ہو جاتے ہیں ۔ جن اصابات میں سرائت کا صرف ایک خفیف سا درجہ پایا جاتا ہے ان میں سیلان ابیض اور خون حیض کی زیادتی خاص علامات ہوتے ہیں ۔ اگر رحم پس گردہ ہو تو درد خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے ۔

رحم کے مزمن زیر التقاف کے تمام اصابات کا ممیز سریری خاصہ شدید نزفِ حیض ہے، جس کے ساتھ رحم کی کسی نو بالید مثلاً لیفیہ (fibroid) یا سرطان کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی ۔ دوسرے قلیل الاہمیت علامات جو عام طور پر پائے جاتے ہیں درد اور سیلان ابیض ہیں ۔ یہ صرف بتدریج ترقی کرتے ہیں ۔ اور اصابات کی بہت بڑی تعداد اسی حالت میں مشاہدہ میں آتی ہے جب کہ یہ علامات کئی سال سے موجود ہوں۔

"زیر التقافی" قسم کے ارحام میں جو بے قاعدہ رحمی نزف واقع ہوتا ہے ڈبلیو شا اسکے تین سریری اقسام تسلیم کرتا ہے، لیکن مفرط جریان خون کو وہ ہر قسم میں رحم کے ابتدائی ضرر کے مقابلہ میں بیض کے اندر کے مزامن الوقوع امراضیاتی تغیرات سے منسوب کرتا ہے۔ نزف کی جو قسم نہایت کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے وہ عورتوں میں چالیس اور پچاس سال کی

436

عمر کے درمیان میں شروع ہوتی ہے، جس میں دورِ حیض میں تخفیف ہونے کے ساتھ مفرط اور طویل المدت جریانِ خون واقع ہوتا ہے۔ شانے بے قاعدہ رحمی نزف کے جن ۲۰۰ اصابات کے متعلق تحقیقات کی ہے ان میں ۳۶ فیصدی کا تعلق اس گروہ سے تھا (متعدد الطمث قسم epimenorrhœal type:)۔ ان اصابات میں دروں رحمہ تہیج اور بیش دموی ہوتا ہے، لیکن کسی التہابی تغیر کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی۔ رحم عضلی ناقص تکون کی وجہ سے یکساں طور پر کلانی یافتہ ہوتا ہے، اور بیضین میں بے قاعدہ اور بہت متواتر الوقوع تبویض کی شہادت عام طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک سے زائد اجسام اصفر موجود ہوتے ہیں۔

شا کے دوسرے سریری گروہ (قلیل الطمث قسم hypomenorrhœal type:) میں دورِ حیض کی مدت بڑھکر پینتیس یا بیالیس دن ہوجاتی ہے۔ "ماہواری ایام" کی تعداد بھی بڑھ جاتی ہے (امتداد طمث menostaxis:) اور جریانِ خون ہر روز بڑھتا جاتا ہے۔ اصابات کے اس گروہ میں بھی دروں رحمہ تہیج اور بیش دموی ہوتا ہے، اور گاہے گاہے اس میں غدی بیش تکون (glandular hyperplasia) بھی موجود ہوتا ہے۔ اس قسم کے ایک اصابہ میں جس کا امتحان ڈبلیو شا نے کیا تھا بیضین میں عظیم الجسامت جرابی دموی سلعات (follicular hæmatomata) موجود تھے جن سے یہ ظاہر ہوتا تھا کہ دروں رحمی منظر اور سریری علامات جرابی نظام کے اختلالات اور تبویض کی بیقاعدگی کا نتیجہ تھے۔

تیسری اور آخری سریری قسم (رحمی سیلان الدمی metrostaxic:) کا امتیازی خاصہ بین حیضی نزف ہے۔ سیلانِ خون مفرط نہیں ہوتا اور مریضہ کو یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ طبعی ایامِ حیض سے الگ ہے۔ یہ علامت مریضہ کے لئے بہت تکلیف دہ ہوتی ہے، اور ساتھ ہی کمر میں شدید درد پایا جاتا ہے جو عجزی خطہ سے منسوب ہوتا ہے۔ دروں رحمہ شدید بیش دمویت اور تہیج سے مختص ہوتا ہے۔ لمف آسا بافت میں کسی قدر بیش تکون پایا جاتا ہے لیکن غدی کلانی زیر بحث سریری قسم کا خاصہ نہیں۔ اس قسم کے دو اصابات میں، جن میں رحم اور بیضین کے متعلق تحقیقات کی گئی تھی، شا نے یہ دریافت کیا کہ موخر الذکر میں کلانی، بیش تکون اور بیش دمویت موجود ہے۔ دونوں اصابات میں جرابی دوپرے اور دوپری اجسام اصفر موجود تھے، اور شا نے دروں رحمہ کی شدید بیش دمویت کو

بیضی بیش تکون سے منسوب کیا۔ اس نے یہ خیال پیش کیا ہے کہ رحم کے جو نزفات اس قسم میں واقع ہوتے ہیں ان کا مقابلہ ادنیٰ حیوانات کے شبقی نزفات سے کیا جاسکتا ہے۔

جس عورت کو حال ہی میں وضع حمل ہوا ہو اس میں زیر التقاف کے طبیعی امارات بآسانی شناخت کیئے جاسکتے ہیں۔ دو دستی امتحان کرنے پر رحم کلانی یافتہ معلوم ہوتا ہے، اور اگر کوئی واضح سرائتِ رحم موجود ہو تو یہ حِس پر الیم بھی ہوتا ہے۔ جب تک کہ کہفۂ رحم کا استقصاد نہ کیا جائے یہ معلوم کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا کہ اس میں کوئی محبوس بافت موجود ہے یا نہیں، اور اس علیہ کا واعیہ رحمی نزف ہے۔ اگر فم داخلی فراخ رہے تو سلوی یا مشیمی بافت کی موجودگی کی تشخیص کیجاسکتی ہے۔ اگر کوئی چھوٹا سا مشیمی سعدانہ (placental polypus) موجود ہو تو یہ فم داخلی کے بند ہونے میں مداخلت نہیں کرتا۔

حمل کے محبوس حاصلات سے پیدا شدہ حالیہ زیر التقاف کا علاج کہفۂ رحم کا اصبعی استقصاء، اور بیضی کلاب کے ذریعہ سے محبوس بافت کا استیصال ہے۔ اگر سرائتِ بافت کا شبہ ہو تو جرف (curettage) ممنوع ہے۔

مزمن زیر التقاف کے اصابہ میں طبیعی امارات بعض اوقات صرف رحم کی اوسط درجہ کی متشاکل کلانی کو ظاہر کرتے ہیں۔ رحمی مجسہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس عضو کے کہفہ کا طول بڑھ گیا ہے۔ لیکن ۳ ½ انچ سے زائد پیمائش بالعموم نہیں پائی جاتی۔ رحم کی بستگی عام طور پر سخت ہوتی ہے۔ بیضین کے متعلق تحقیقات کرنے سے جس کو انجام دینے کے لئے معائے مستقیم کے راستہ کو ترجیح دی جاتی ہے، یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعضاء کلانی یافتہ، الیم اور دوپری ہیں۔ کلانی یافتہ وزنی رحم اکثر پس گردہ ہو جاتا ہے، اور اس پیچیدگی سے مذکورہ بالا علامات کے شدید ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

مزمن زیر التقاف کے علاج کا منشا خاص طور پر یہ ہوتا ہے کہ نمایاں ترین اور خطرناک علامات یعنی رحمی نزف کا انسداد کیا جائے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ اس مقصد کے حصول کے لئے چالیس سال سے زائد عمر کی عورتوں میں سب سے زیادہ کارگر تدبیر ریڈیم کا استعمال ہے، اور اگر عدم دمویت اس درجہ کو پہنچ گئی ہو کہ اس طریقۂ علاج کو جائز قرار دے دیا جائے تو صناعی انقطاع الطمث پیدا کیا جاسکتا ہے۔ چونکہ ریڈیم بیش تکونی دروں رحمہ پر اپنا فعل براہ راست کرتا ہے، اسلئے اِن اصابات میں یہ، لاشعاعوں کی نسبت جن کا اثر

بیضین کی وساطت سے ہوتا ہے، زیادہ سریع الاثر اور کارگر ثابت ہوتا ہے۔

مزمن زیر التفاف کے علاج میں سب سے بڑی دقت اُس حالت میں پیش آتی ہے جبکہ اسکے علامات ایسی عورتوں میں نمودار ہوں جو ابھی سن یاس کو نہ پہنچی ہوں۔ یہ ظاہر ہے کہ ایسی عورتوں میں جو نسبتہً کم عمر ہوں ریڈیم یا لاشعاعوں کے ذریعہ سے صناعی انقطاع الطمث پیدا کرنے سے حتی الامکان احتراز کرنا چاہیے، اور اس لئے بیش پرورشی دروں رحمہ کے صرف سادہ جرف پر ہی اعتماد رکھنا چاہیئے۔ اگر علامات عود کر آئیں جیسا کہ ان کے عود کرنے کا احتمال ہوتا ہے، تو عملیہ کا تکرار کرنا چاہیئے۔ دواؤں اور بے قناتی غدد کے تجہیزات سے علاج کرنے سے اس حالت میں زیادہ فائدہ نہیں ہوتا جبکہ رحم کلانی یافتہ اور سخت ہو، اور مقامی تدابیر کا اختیار کرنا بالعموم ضروری ہوتا ہے۔ جن عورتوں میں ابھی انقطاع الطمث نہ واقع ہوا ہو اُن میں اگر جرف انسداد نزف کے لئے ناکام ثابت ہو تو رحم برآری بہ صیانت مبیضین (hysterectomy with conservation of ovaries) کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ شعائیاتی معلومات میں مزید اضافہ ہونے سے یہ ممکن ہے کہ مستقل صناعی سن یاس پیدا کرنے کے خطرہ کے بغیر، عارضی انقطاع الطمث پیدا کیا جا سکے یا مفرط بیضی فعالیت کو منضبط رکھا جا سکے۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس سلسلہ میں آئندہ ترقی کرنے کے لئے تحقیقات کا رُخ مذکورہ بالا اصولوں پر علاج کرنے یا بجائے اس کے ہارمونی ذرائع سے بیض کی فعالیت کو باقاعدہ بنانے کی طرف ہونا چاہیئے۔

مزمن التہاب الرحم

(CHRONIC METRITIS)

پہلے سے یہ دستور رہا ہے کہ "مزمن التہاب الرحم" ("chronic metritis") اور "رحمی لیفیت" ("uterine fibrosis") کی اصطلاحات کے تحت ایسی بہت سی امراضیاتی حالتیں جمع کی جاتی ہیں جن کے سریری خصائص بہت قریبی طور پر مجانس ہیں، گو ان کی بحث اسباب اور ان کی ساخت مختلف ہے۔ سریری مواد کے اس مختلف النوع مجموعہ کے لازمی خصائص یہ ہیں کہ غیر طبعی نزف رحم کے ساتھ، جو اکثر شدید بھی ہوتا ہے،

کلانی یافتہ اور سخت رحم پایا جاتا ہے۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ ماضی میں "التہاب الرحم" اور "رحمی کیفیت" کی اصطلاحوں کا استعمال بہت بے احتیاطی سے کیا گیا ہے، اور ایسے بہت سے اصابات ہیں جن کو امراضیاتی نقطۂ نظر سے غلط نام دیگر ان کے تحت شامل کر لیا گیا ہے۔ "التہاب الرحم" ("metritis") کے لفظ سے دیوار رحم کا التہاب مراد ہے، اور اس امر پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے کہ خالص امراضیاتی نقطۂ نظر سے رحم کے مزمن التہاب کے اصابات شاذ و نادر ہی ملتے ہیں۔ 438

اب یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اس سریری مواد کا بیشتر حصہ جو پہلے "التہاب الرحم" کے تحت ترتیب دیا گیا تھا اور اسی نام سے بیان کیا گیا تھا یا تو "نزفی رحمی مرض" ("metropathia haemorrhagica") اور یا مزمن رحمی زیر التفاف (chronic uterine sub-involution) کی مثالوں پر مشتمل ہے (دیکھو صفحات 402 تا 407 اور صفحات 433 تا 437)۔ دیوار رحم کا مزمن رختی التہاب جو حاد التہاب کا نتیجہ ہو حقیقۃً ایک نادر الوقوع مرض ہے۔ فلیچر شا نے یہ اندازہ کیا ہے کہ ان تمام اصابات میں سے جن میں رحم کی کلانی کے ساتھ غیر طبعی جریان خون موجود ہو اس عارضہ کے اصابات ۱ فی صدی ہوتے ہیں۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ مزمن التہاب الرحم، جہاں تک اس کے حقیقی اور صحیح صحیح معنوں کا تعلق ہے، نزفی رحمی مرض اور مزمن زیر التفاف کی کثرتِ وقوع کے مقابلہ میں نسبتہً ایک غیر اہم امراضیاتی ضرر ہے۔

امراضیات۔ رحم کی عضلی دیوار کی جو حالت حاد عفونت میں ہوتی ہے اس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 263)، اور یہ خیال کرنا قرینِ عقل ہو گا کہ حاد سوزاکی سرایت میں ویسے ہی التہابی ارتشاحات واقع ہوتے ہیں جیسے کہ نفاسی عفونت میں پائے جاتے ہیں اگرچہ اپنے خواص میں یہ شاذ و نادر اتنے شدید نہیں ہوتے۔ کسی آئندہ درجہ پر التہابی رشحہ جذب ہوتا ہے اور اسکی جگہ لیفی بافت بن جاتی ہے۔ یہ لیفی بافت دیوارِ رحم کے بیرونی ایک نہائی حصہ میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے، لیکن یہ تمام عضلی نظام میں پھیلی ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی بنڈلوں پر مفرط لیفی بافت کا دباؤ پڑتا ہے اور اس لئے ان کی جسامت کم ہو جاتی ہے، اور ان کا درمیانی فاصلہ طبعی حالت کے مقابلہ میں زیادہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۱۹، ب)۔

دیوارِ رحم کی لچکدار بافت عورت کی ولودیت (parity) کی متناظر ہوتی ہے، اور

عدیم الولادت افراد میں یہ بلحاظ مقدار و تقسیم متاثر نہیں ہوتی ۔ لہٰذا مزمن التہاب الرحم میں عضلۂ رحم
میں صرف ایک ہی نسیجیاتی تغیر پایا جاتا ہے، اور وہ یہ ہے کہ اس میں لیفی بافت کی مقدار زیادہ
ہوتی ہے، اور یہ عضلی دیوار کے بیرونی ایک تہائی حصہ میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔

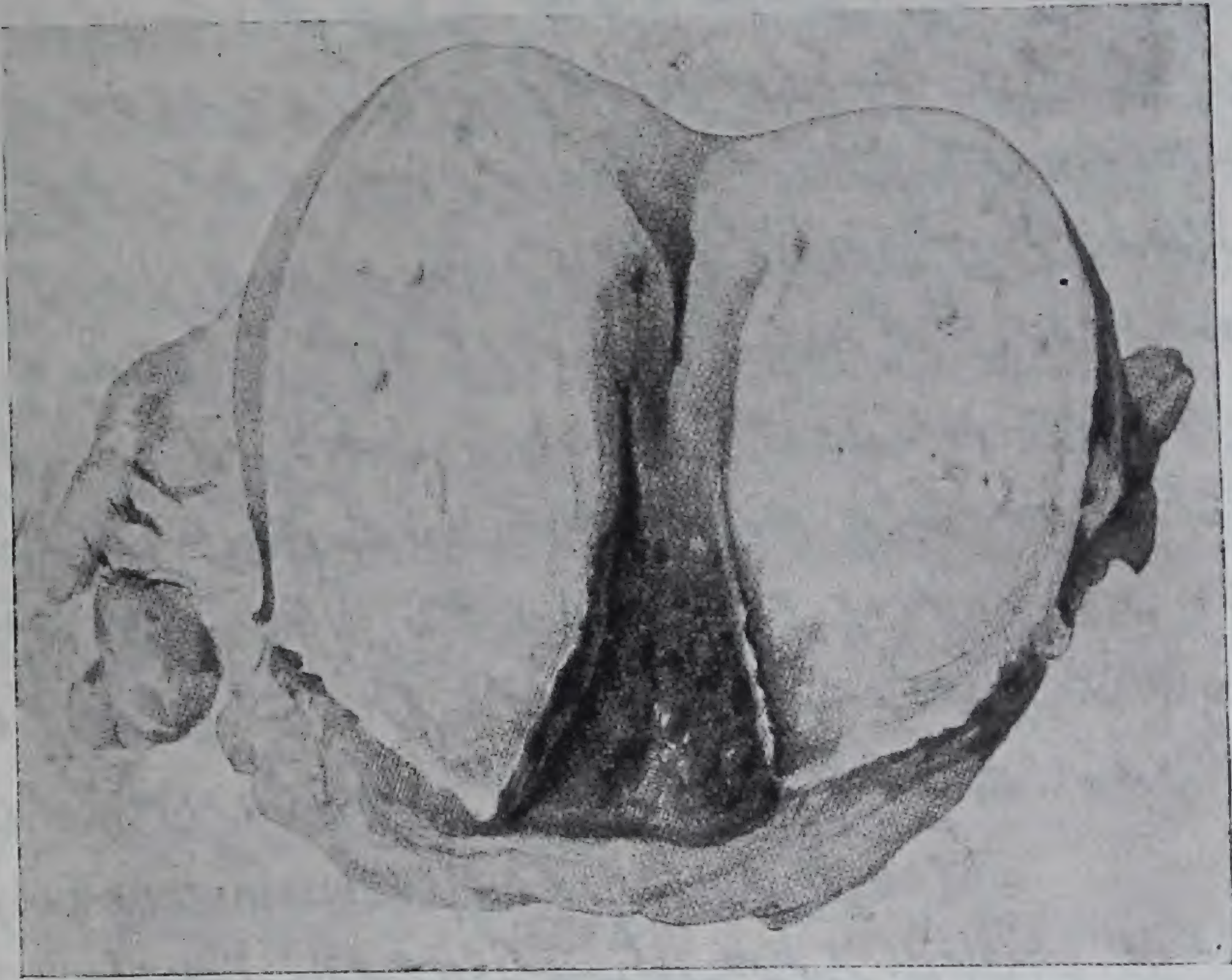
اس عارضہ میں جو دروں رحمی تغیرات واقع ہیں ان کا ذکر مزمن دروں رحمی التہاب
کے تحت کیا گیا ہے (دیکھو صفحہ 412 اور شکل ۲۳۹)۔

تمام رحم میں متشاکل کلانی پائی جاتی ہے، اور اس کی دیواروں کی موٹائی طبعی موٹائی
سے دوگنی ہوتی ہے (یعنی ۱/۲ تا ۳/۴ انچ کی بجائے ۱ انچ یا اس سے زیادہ) (دیکھو شکل
۲۵۴ اور ۲۵۵)۔ مزید برآں کہفۂ رحم کا طول زیادہ ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔
یہ عضو غیر طبعی طور پر سخت اور استوار محسوس ہوتا ہے، اور تراش پر اس کی دیواروں کی رنگت
زیادہ پھیکی دکھائی دیتی ہے، اور یہ زیادہ لیفی ہوتی ہیں، عروق خون طبعی حالت کے مقابلہ میں زیادہ
نمایاں ہوتے ہیں، اور تراش کی سطح پر ابھرے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۵۴)۔ دروں رحمہ
خالی آنکھ سے بالعموم پتلا دکھائی دیتا ہے اور اس بیش تکونی بافت سے جو عام طور پر مزمن
زیر التفاف میں پائی جاتی ہے نمایاں اختلاف رکھتا ہے۔ بہر کیف یہ ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ
بعض کیفیتیں عملاً ایک ساتھ پائی جا سکتی ہیں اور ایسے رحم میں جو مزمن زیر التفاف یا نزفی رحمی
مرض کا محل ہو مزمن التہاب الرحم کے ممیز ضررات بھی پائے جا سکتے ہیں۔ ان اصابات میں
دروں رحمہ بیش پرورشی ہوگا اور ممکن ہے کہ اس پر ایک یا ایک سے زائد غدی سلعی سعدانے
(adenomatous polypi) بھی موجود ہوں (دیکھو شکل ۲۵۵)۔

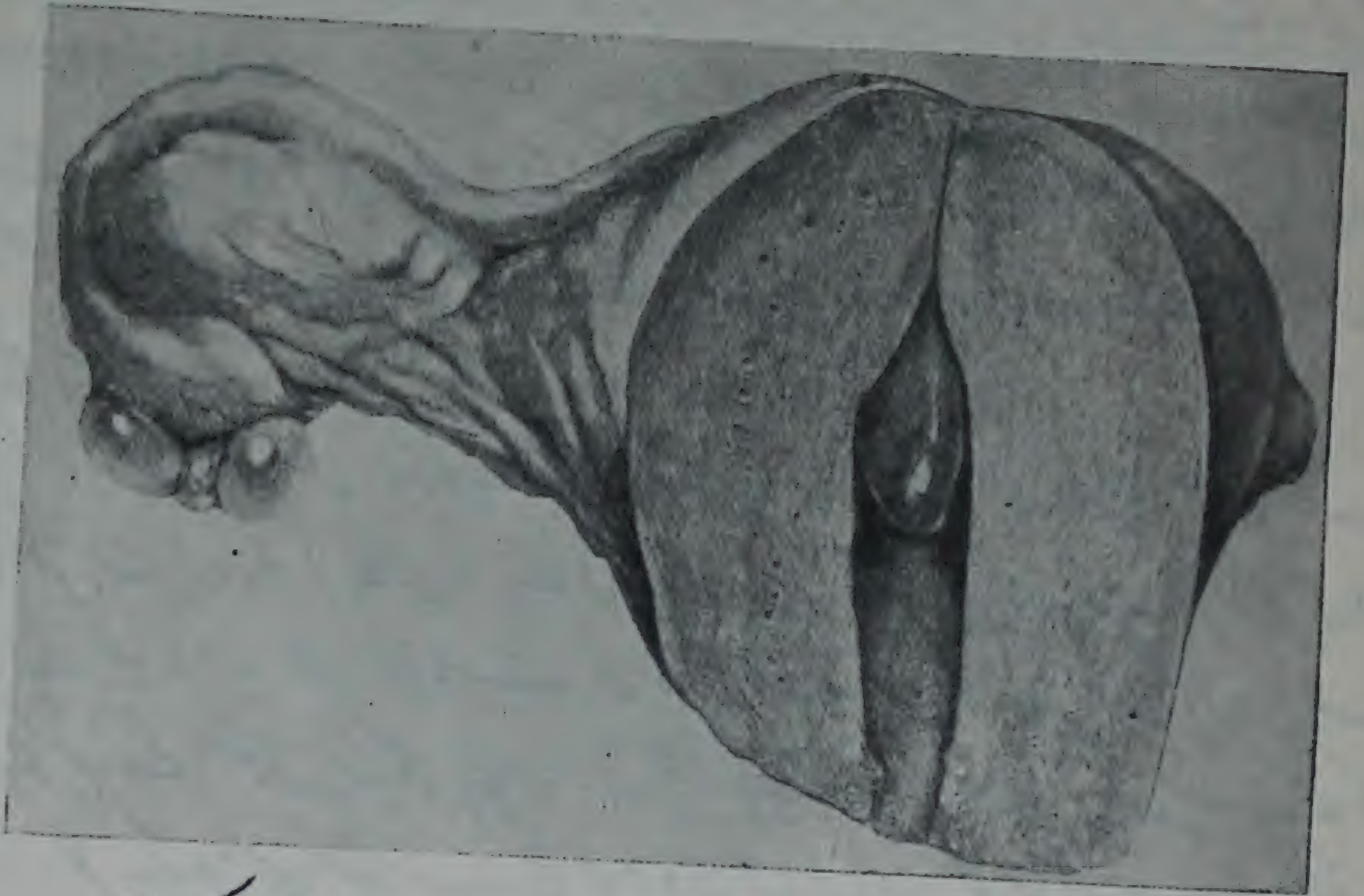
مزمن التہاب الرحم میں دو پیچیدگیاں عام طور پر پائی جاتی ہیں، یعنی رحم کی پس گردی
یا پس خمیدگی، اور مزمن انبوبی بیضی التہاب۔ ضمنی التہاب پر یہ خاص طور پر صادق آتا ہے،
اور جب کبھی یہ موجود ہو تو سریری طور پر اسی کو غالب ضرر تصور کرنا چاہیئے۔ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ
مزمن التہاب الرحم کے ساتھ بعض دوسرے امراض بھی پائے جاتے ہیں مثلاً مزمن التہاب کلیہ
(chronic nephritis) اور عمومی شریانی تصلب (general arteriosclerosis)۔
ان کے درمیان اگر کوئی تسببی علاقہ موجود ہے تو وہ ابھی تک بخوبی معلوم نہیں ہو سکا، لیکن
یہ امر بہت اہم ہے کہ جب کبھی ایسے امراض موجود ہوں تو ان کو نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ اگر
آتشک کو کچھ تعلق رحم کی مفرط لیفیت سے ہے تو اس پر اسی امر کا اطلاق ہوتا ہے۔

439

اصابات کے جس سلسلہ کی تحقیقات اور جماعت بندی ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے "مزمن التہاب الرحم" کے نام سے کی ہے، اُس میں سے ۱ فیصدی میں تعاملِ واسرمین مثبت پایا گیا۔ یہ تعداد کافی زیادہ ہے اور کسی امراضیاتی اہمیت پر دلالت کرتی ہے۔

مزمن التہاب الرحم کے علامات اُن علامات کے تقریباً مماثل ہیں جن کا ذکر مزمن زیر الدقاف کے تحت کیا جا چکا ہے۔ اس کا اہم ترین خاصہ حیضی جریانِ خون ہے اور عموماً

شکل ۲۵۴ - مزمن التہاب الرحم (Chronic Metritis) جس میں رحم کی دیواریں بہت موٹی ہیں اور عروق دبازت یافتہ ہیں۔

اسی کی وجہ سے مریضہ مشاہدہ میں آتی ہے۔ نزف کی شدت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اس کی مدت عموماً طبعی مدتِ حیض سے بہت زیادہ ہوتی ہے، اور شدید اصابات میں وقفۂ حیض ایک ہفتہ یا اس سے بھی کم ہوتا ہے (امتدادِ طمث : menostaxis)۔ متوسط شدت کے طویل المدت نزف کے دوران میں گاہے گاہے شدید دورانِ خون کے حاد حملے ہوتے ہیں

جو چند گھنٹوں کے لئے جاری رہتے ہیں (کثرتِ طمث : menorrhagia)، اور اس قسم کے نزفات کے متواتر واقع ہونے سے مریضہ کی حالت شدید ثانوی بے دمویت سے بہت خراب ہو جاتی ہے۔ بہرکیف نزف کی مقدار عموماً تشویشناک نہیں ہوتی گو یہ طبعی حیض کی مقدار سے بہت زیادہ ہوتی ہے۔ ایام حیض میں شدید درد عموماً نہیں پایا جاتا، گر حیضی وقفوں میں کم و بیش

شکل ۲۵۵ ۔ مزمن التہاب الرحم (Chronic Metritis) جس کے ساتھ مزمن انبوبی بیضی التہاب (Chronic Salpingo-oöphoritis) اور ایک درر حمی مخاطی سعدانہ (Intra-uterine Mucous Polypus) موجود ہیں۔ شریانوں کی دیواروں کی دبازت کو غور سے دیکھا جائے۔

440 مستمر جرّی درد کسی حد تک موجود ہوتا ہے، جو شاید کلانی یافتہ اور سخت رحم کے وزن سے پیدا ہوتا ہے۔ جب تک کہ نلیوں اور بیضین کے مزمن التہاب کی طرح کی پیچیدگیاں موجود نہ ہوں درد شاذ و نادر ہی پایا جاتا ہے۔ اگر اس عارضہ کے ساتھ مزمن درون رحمی التہاب بھی موجود ہو، جیسا کہ عموماً ہوتا ہے، تو دائمی اور تکلیف دہ سیلان ابیض (leucorrhœa) ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ مرض لازمی طور پر انقطاع الطمث کا مرض ہے، دو تہائی اصابات زندگی کے چوتھے عشرہ میں دیکھنے میں آتے ہیں۔

غیر پیچیدہ اصابہ کے طبیعی امارات انہی امارات کے مشابہ ہیں جن کا ذکر "مزمن زیر التفاف" کے تحت کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 437)۔ دو دستی امتحان کرنے پر رحم یکساں طور پر کلانی یافتہ پایا جاتا ہے، اس کی بستگی بہت سخت ہوتی ہے اور اس کا خاکہ ہموار ہوتا ہے۔ جب تک کہ ضمیمی التہاب کی پیچیدگی موجود نہ ہو یہ عضو آزادانہ حرکت پذیر ہوتا ہے، لیکن جس کرنے پر یہ بیّن طور پر الیم ہوتا ہے۔ رحمی مجسہ (uterine sound) کے استعمال سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا کہفۂ رحم کلانی یافتہ ہے یا نہیں، اور اس لئے اس آلہ کی مدد سے دیوارِ رحم کی دبازت کی سریری شہادت کا حاصل کرنا ممکن ہے۔ رحمی مجسہ کے گزارنے پر درون رحمہ سے کوئی نزف واقع نہیں ہوتا۔

صادق مزمن التہاب الرحم کا علاج جراحی ہے، اور اصابات کی ایک بڑی اکثریت میں رحم کو نکال دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نزف کو قابو میں لانے کے لئے طبی تدابیر ان اصابات میں بالعموم بے سود ثابت ہوتی ہیں۔ جرف اور ریڈیم کے استعمال پر بھی یہی صادق آتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ دیوارِ رحم کے مزمن التہاب کی موجودگی میں درون رحمہ بالعموم ذبول یافتہ ہوتا ہے، اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی مثالوں میں جرف سے عارضی فائدہ تک بھی حاصل نہیں ہو سکتا۔ یہ صحیح ہے کہ چونکہ مزمن درون رحمی التہاب (chronic endometritis) اور مزمن التہاب الرحم (chronic metritis) کے درمیان سریری تشخیص کرنے میں دقت پیش آتی ہے اس لئے جرف اکثر عمل میں لایا جاتا ہے، اور اس عملیہ کی ناکامی سے تشخیص میں ایک اہم مدد ملتی ہے۔ درون رحمہ کی ذبولی حالت سے اس ناکامی کی بھی توجیہ ہوتی ہے جو صادق مزمن التہاب الرحم کے اصابات کا ریڈیم سے علاج کرنے میں ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے رحم برآری بصیانت بیضین (hysterectomy with conservation of the ovaries) سے جریان خون قطعاً بند ہو جاتا ہے، اور جرمی درد رفع ہو جاتا ہے، لہٰذا یہ ایک یقینی علاج ہے۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ کسی ایسے اہم عضو کو نکال دینا جس میں جلی امراضیاتی تغیرات کی تعداد بہت قلیل ہو، جیسا کہ مزمن التہاب الرحم میں رحم میں ہوتی ہے،

غیر متناسب طور پر شدید جراحی طریقۂ عمل معلوم ہوتا ہے۔ بہرکیف اس عارضہ سے جو تکلیف، خرابیٔ صحت، اور جسمانی ازکار رفتگی پیدا ہوتی ہے وہ بہت زیادہ ہوتی ہے، اور استیصالِ عملیہ کا صحیح جواز انہی شکایات میں تلاش کرنا چاہیے۔ کثیر الولادت عورتوں میں اور رحمی ضمیمہ جات کے طویل المدت التہاب کی عدم موجودگی میں، مہبلی رحم برآری (vaginal-hysterectomy) پسندیدہ عملیہ ہے (دیکھو صفحات 851 تا 860)۔

رحم کی نو بالیدیں

(۱) رحم کی سلیم سر حلمی بالیدیں

(ا) جسم رحم کا سادہ غدی سلعہ (Simple Adenoma)-

(ب) حلیمہ دار غدی سلعہ (Papilliferous Adenoma)-

(ج) عنق رحم کا سادہ غدی سلعہ (Simple Adenoma)-

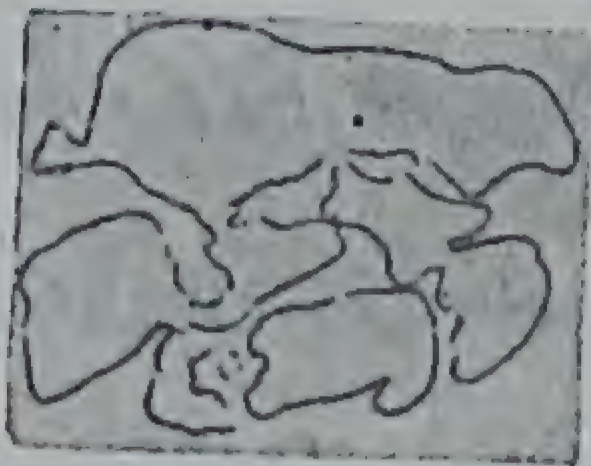
(د) رحمی سعدانے (Uterine Polypi)-

(۲) لیفی عضلی سلعہ (Fibromyoma) رحم کے سلعاتِ لیفیہ : (Fibroids of the Uterus)-

(۳) غدی عضلی سلعہ (Adenomyoma) اوروں رحمی سلعہ : (Endometrioma)-

(۴) رحم کی خبیث بالیدیں

(۱) رحم کی سلیم سرحلمی بالیدیں

سادہ غدی سلعہ (Simple Adenoma) (غدی سلعی بیش تکون (Adenomatous Hyperplasia: ''نزفی رحمی مرض'' (''Metropathia Hæmorrhagica'') یا ''شروڈر کے مرض'' کی بحث میں جو کچھ بیان کیا جا چکا ہے

شکل ۲۵۶ - درون رحمہ کا سادہ غدی سلعہ (Simple Adenoma) (غدی سلعی بیش تکون (Adenomatous Hyperplasia:) جو ایک باکرہ عورت میں الگ کیا گیا تھا۔ درنشاندہ تصویر ان ٹکڑوں میں سے بعض کی جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو جرف سے نکالے گئے تھے۔ بہ غور سے دیکھا جائے تو اگرچہ غدد کلانی یافتہ ہیں مگر یہ ہیکل کی وجہ سے ایک دوسرے سے بہت دور ہٹ گئے ہیں جس میں یکساں طور پر بیش تکون پایا جاتا ہے (شکل ۲۳۶ صفحہ 403 سے مقابلہ کرو)۔ یہ ہیکل شانی ''ہیکلی خلیات'' سے مرکب ہے اور اس میں التہابی عناصر موجود نہیں۔

(دیکھو صفحہ 402) اس سے یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ غدی ساختوں کی اس بیش پرورش اور ان کے اس بیش تکون کو، جو اکثر اصابات میں دروں رحمہ میں بہت کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں، ان فعلیاتی اختلافات کا نتیجہ تصور کرنا چاہئے جو فعلِ حیض سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ بہرکیف

شکل ۲۵۷۔ دروں رحمہ کا حلیمہ دار غدی سلعہ (Papilliferous Adenoma) رائل کالج آف سرجنس کے ایک نمونہ سے (بلینڈ سٹن)۔ تمام کہفۂ رحم غدی سلعی بالیدہ سے پُر ہے جو خملی کللیوں (villous tufts) سے مرکب ہے جو ایک دوسری میں منغمس ہوتی ہیں۔ اس قسم کی بالیدہ کے خردبینی خصائص کے لئے شکل ۲۵۸ دیکھی جائے۔

ہم یہ خیال قائم کرنے میں ہش مین (Hitschmann) اور ایڈلر (Adler) سے متفق الرائے ہیں کہ دروں رحمہ کے غدی عناصر کا ایک صادق امراضیاتی بیش تکون پایا جاتا ہے جو

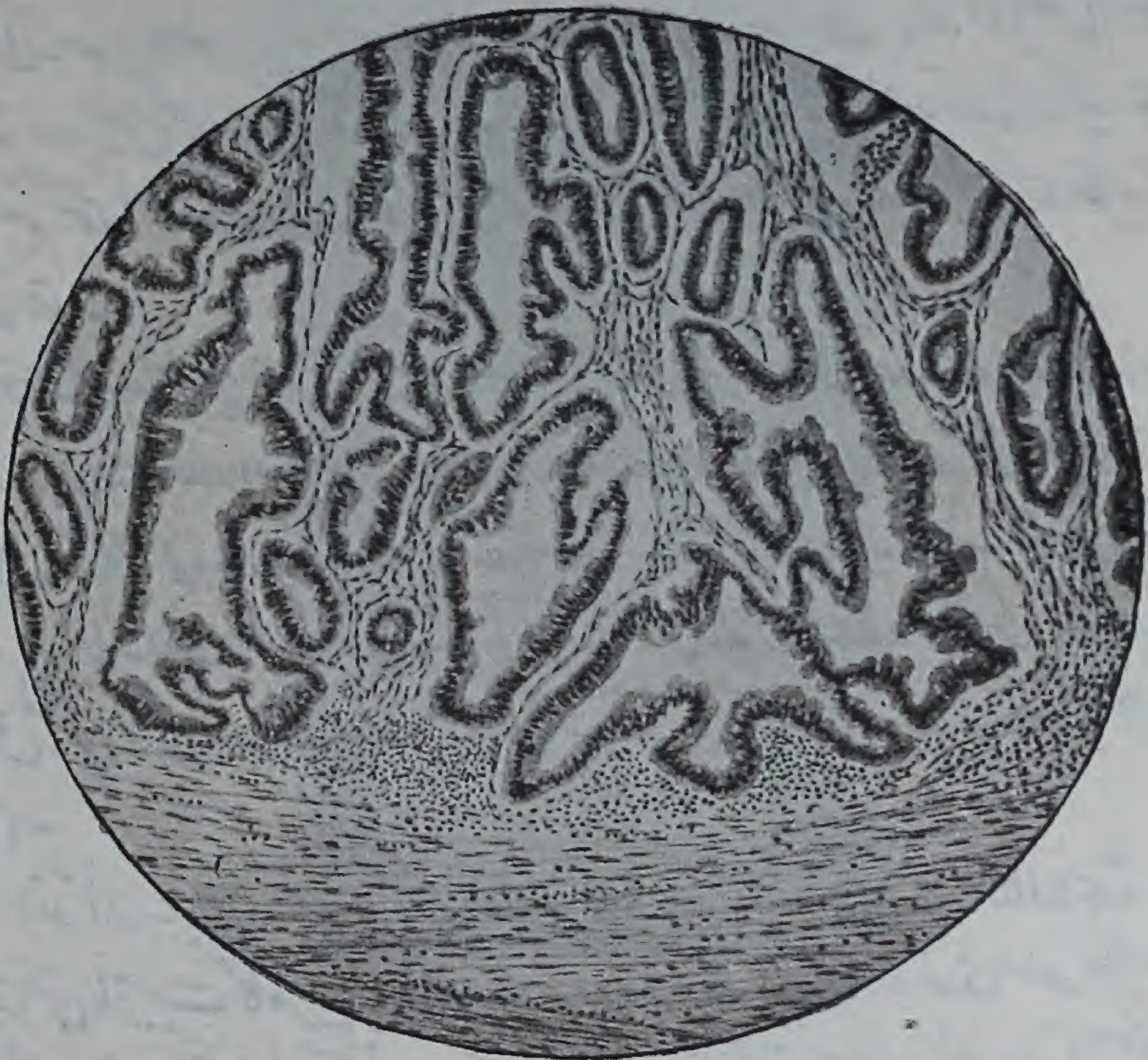
نو بالید (new growth) کی قسم کا ہوتا ہے۔ یہ عارضہ سریری طور پر غیر طبعی عمل حیض کو متلازم ہوتا ہے، اور دوسری نوساختوں کی طرح اس کا سبب بھی معلوم نہیں۔ اس میں ہیض گے غیر طبعی فعل کی شہادت نہیں پائی جاتی جیساکہ تشروذر کے مرض میں ہوتا ہے۔ اس حالت کو سادہ غدی سلعہ کے نام سے موسوم کیا جاسکتا ہے۔

یہ بالید غدی بیش تکون پر مشتمل ہوتی ہے جس میں ہیکل کے التہاب کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی۔ سریری طور پر یہ انتہائی کثرتِ طمث کو متلازم ہوتی ہے، اور بعض اوقات اس کے ساتھ دردِ حیض بھی پایا جاتا ہے۔ ہم نے اس کا مشاہدہ باکرہ عورتوں میں کیا ہے، اور نیز نوجوان عقیم کتخدا عورتوں میں، اور ایسی عورتوں میں بھی دیکھا ہے جن میں کسی ظاہری سبب کا پتہ نہیں چلتا تھا۔

غشائے مخاطی میں بیش پرورش اور بیش تکون دونوں کی وجہ سے بیحد دبازت پائی جاتی ہے، اور ان سے غدد اور ہیکل مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۵۹)۔ جروف کے دوران میں غدی سلعی بافت کے بڑے بڑے نرم تودے باہر نکلتے ہیں۔ جب غدی بیش پرورش مختص المقام ہو، یا یہ بقیہ جرمی دروں رحمہ کی نسبت اس کے کسی محدود رقبہ پر زیادہ نمایاں ہو، تو ایک صادق لحیمی مخاطی سعدانہ پیدا ہو جاتا ہے (دیکھو رحمی سعدانئے، شکل ۲۶۰ اور ۲۶۱)۔

انذار۔ جرف کے بعد اس عارضہ کے عود کر آنے کا بہت امکان ہوتا ہے، اور یہ اسکی نوساختی ماہیت کا مزید ثبوت ہے۔ دروں رحمہ کے سادہ غدی سلعہ کا، جیساکہ یہ نوجوان عورتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، خباثت کی طرف کوئی میلان نہیں ہوتا، لیکن اس سے رحم کی عضلی دیواروں میں ایک ثانوی بیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے جس سے یہ عضو کلانی یافتہ ہو جاتا ہے، اور مزمن التہاب الرحم کے اصابات سے ممیز نہیں کیا جاسکتا (دیکھو صفحہ ۲۱ ا)۔

حلیمہ دار غدی سلعہ (Papilliferous Adenoma) (دروں رحمہ کا خملی سلعہ: Villous Tumour of the Endometrium)۔ یہ کسی قدر نادر الوقوع عارضہ ہے، اور نسیجیاتی طور پر یہ اگر مذکورہ بالا حالت سے ناقابل تمیز نہیں تو اس سے قریبی طور پر متجانس ضرور ہے۔ بہر حال یہ زندگی کے آخری مدارج میں یعنی انقطاع الطمث کے

بعد پایا جاتا ہے۔ مندرجہ اصابات میں سے سب سے کم عمر کی مریضہ باون سال کی تھی، اور سب سے بڑی عمر کی چوراسی سال کی۔ لہٰذا اگر بیضین کا کوئی اثر رحم کی غشائے مخاطی پر ہوسکتا ہے تو وہ موقوف ہو چکتا ہے۔ لہٰذا علامات مختلف ہوتے ہیں۔ مفرط حیض کی جگہ خون آلود ہیبلی مواد خارج ہوتا ہے جو بعض اوقات مسلسل آتا ہے اور رحم کے جسم کے سرطان کی موجودگی کی طرف

شکل ۲۵۰۔ رحم کا حلیمہ دار غدی سلعہ (Papilliferous Adenoma) (ملکم Malcolm :)۔ بالیدنے رحم کی عضلی دیواروں کو ماؤف نہیں کیا۔ رحم میں درمیانی جسامت کا ایک لیفیہ (fibroid) بھی تھا۔ بعض انبیبات میں سرطلی تکاثر پایا جاتا ہے۔

اشارہ کرتا ہے۔ اس بالیدہ کے لئے جسم رحم کے خملی سلعہ کی اصطلاح بلینڈ سٹن نے تجویز کی تھی کیونکہ یہ مثانہ کے خملی حلیمی سلعہ (villous papilloma) کے مشابہ ہوتی ہے۔ رحمی بالیدمیں حاصر سرحلمہ

ستونی قسم کا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۵۸)؛ اور جو بالید مثانہ کی غشائے مخاطی سے پیدا ہوتی ہے اسمیں یہ برزخی ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں حلیمہ دار غدی سلعہ واقع ہوتا ہے وہ بالعموم عدیم الولادت ہوتے ہیں۔ یہ بالید بعض اوقات رحم کی ایک دیوار پر پیدا ہوتی ہے اور بعض اوقات درون رحم پر منتشر ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۵۰)۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ امراضیاتی حالت تنہا موجود ہوتی ہے اور کبھی اس کے ساتھ سلعہ لیفیہ بھی پایا جاتا ہے۔ حلیمہ دار غدی سلعہ اور سرطان اکھٹے نہیں پائے جاتے، لیکن قبل الذکر کے بعض حصے گاہے گاہے دیوار رحم کو دررخیتہ کر دیتے ہیں (درون رحمیت : endometriosis)۔

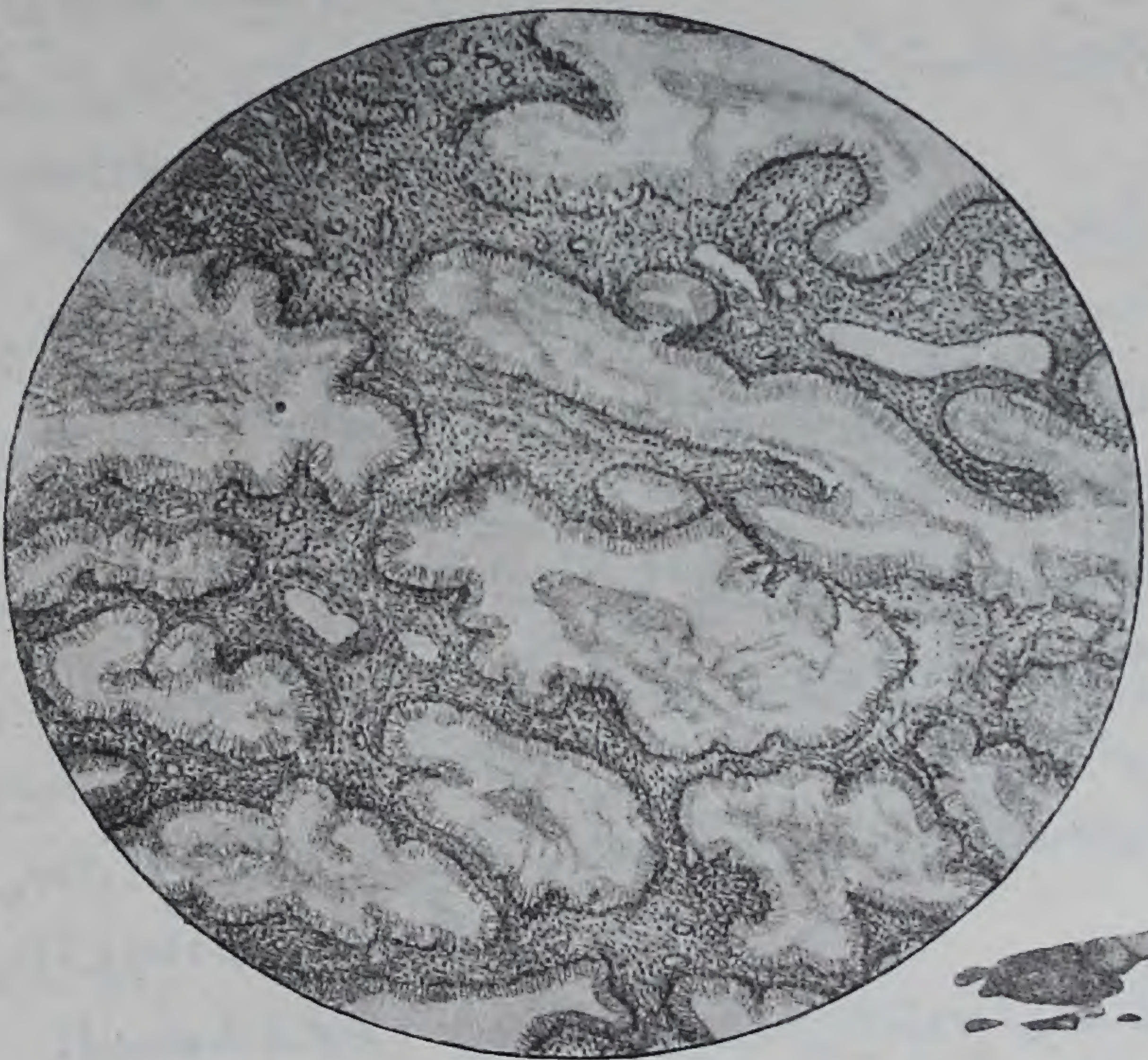
تشخیص۔ سن رسیدہ مریضوں میں رحم کے حلیمہ دار غدی سلعہ کو غدی سرطانی سلعہ سے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 554)۔ علامات اور سریری خصائص دونوں حالتوں میں ایک ہی سے ہوتے ہیں، اور اس لئے تو بالید کی ماہیت مجرف سے علیحدہ کردہ مجروفات کی صرف نسیجیاتی تحقیقات ہی سے معلوم کی جاسکتی ہے۔ بعض اصابات میں یہ عمل آسان ہوتا ہے اور مرض کی سادہ ماہیت کے متعلق کوئی شبہ پیدا نہیں ہوتا۔ اس حالت میں انبیبیات کا استر ستونی سرحلیہ کی صرف ایک ہی تہ پر مشتمل ہوتا ہے، اور رحمی عضلہ پر حملہ ہونے کے نشانات موجود نہیں ہوتے اور اگر ہوتے بھی ہیں تو بہت کم۔ بخلاف اسکے ایسے اصابات بھی ہیں، مثلاً وہ جن کی اطلاع بلینڈسٹن نے دی ہے (دیکھو شکل ۲۵۸)، جن میں یہ فیصلہ کرنے میں معتدبہ وقت پیش آتی ہے کہ جس درجہ تک غدی انبیبیات کے سرحلیہ میں انکا اثر پایا جاتا ہے وہ خباثت تک پہنچتا ہے یا نہیں۔

بالید کے بار بار عود کر آنے کی صورت میں جو مجروفات حاصل کئے گئے ہیں ان کی ساخت بعض اصابات میں سلیم ثابت ہوئی ہے، لیکن رحم کو دور کرنے پر یہ معلوم ہوتا ہے کہ اس کی دیواریں ایسی بالید سے ماؤف ہیں جو انبیبی سرطانی سلعہ سے ناقابل تمیز ہے۔

مذکورہ بالا امور سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ اگرچہ رحم کا خملی حلیبی سلعہ (villous papilloma) نسیجیاتی لحاظ سے سلیم ہوتا ہے، لیکن اس میں رحم کی عضلی دیواروں کو دررخیتہ کرنے اور ان پر حملہ آور ہونے کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ دوسرے الفاظ میں اسے سریریاتی طور پر ضرور ایک خبیث بالید تصور کرنا چاہیے۔

علاج۔ اگر کسی معمر مریضہ کے رحم سے حاصل کئے ہوئے مجروفات سے یہ ظاہر ہو کہ نسیجیاتی طور پر سلیم حلیمہ دار غدی سلعہ موجود ہے تو اس کا علاج مکمل رحم برآری ہے

کرنا چاہیئے۔

عنق کا سادہ غدی سلعہ ۔ صادق غدی سلعہ عنق میں نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ جیسا کہ آئندہ بیان کیا جائے گا جب عنقی غدد کے ستونی سرحلیہ میں تکاثر پیدا ہوتا ہے تو اس کا میلان بالعموم خلوی بعد تکون (cell-metaplasia) کی پیدائش اور خباثت کی طرف

شکل ۲۵۹۔ عنق کا سادہ غدی سلعہ (Simple Adenoma) ایک عقیم عورت سے، جس کی عمر چھتیس سال کی تھی۔

ہوتا ہے، اور اس طرح جو نو ساخت (نیوپلازم : neoplasm) پیدا ہوتی ہے وہ فلسمانی خلیہ دار سرطان (سکوئمس سیلڈ کارسی نوما) ہوتی ہے۔ اس سے کم کثرت سے ایپیبی قسم کا ایک صادق غدی سرطان (ایڈینومیٹس کینسر) پیدا ہوتا ہے جس میں غدی بافت کی ایک نمایاں مشابہت پائی جاتی ہے۔ سب سے نادر ایسے سادہ غدی سلعہ کی پیدائش ہے

جس کی ساخت لازمی طور پر سلیم ہوتی ہے۔ ہمیں اس طرح کے صرف ایک ہی اصابہ کا تجربہ ہوا ہے، جس میں مریضہ کی عمر چھتیس سال تھی، اس کی شادی کو گیارہ سال ہوئے تھے اور وہ عقیم تھی۔ اسے بچپن ہی سے مفرط سیلان ابیض کی شکایت تھی۔ دوسرے علامات مجامعت پر نزف کا وقوع، کثرتِ طمث، رحمی سیلان الدم (میبڑوٹیکس)، اور ایک مسلسل جبری درد تھے۔ امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ مہبلی عنق کا بیشتر سطحی سرحلمہ ایک حلیمی نزفی بالبید میں تبدیل ہوچکا ہے جس پر ایک گہرا انشقاق موجود ہے۔ اسکی رنگت گہری سرخ تھی، اور چھونے پر بالبید میں سے خون بکثرت بہنا شروع ہوجاتا تھا، لیکن سرطان کی نسبت یہ کہیں زیادہ مزاحم تھی۔ فوق مہبلی عنق سخت تھی، اور رحم کا جسم کروی اور عظیم الجسامت تھا۔ جرف سے بہت کم جسمی غشائے مخاطی نکلی۔ خردبین سے امتحان کرنے پر یہ دریافت ہوا کہ عنقی بالبید لمبے لمبے اور سیدھے غدی انبیبات پر مشتمل ہے جن میں سے بعض کی ثانوی شاخیں بھی تھیں (دیکھو شکل ۲۵۹)۔ انبیبات متتسع اور مخاط سے پُر تھے، اور ان کا استری سرحلمہ طویل القامت ستونی خلیات کی صرف ایک ہی تہ سے مرکب تھا جن کے نواتات قاعدی تھے۔ بعض مقامات پر سطحی سرحلمہ علیٰ حالہ قائم تھا، اور بعض پر یہ پتلا ہوگیا تھا، اور جہاں بالبید سطح عنق کے برابر ہوجاتی تھی وہاں یہ بتدریج غائب ہوجاتا تھا۔ اس غدی سلعہ (ایڈینوما) کے اردگرد کسی قدر التہابی دررریزش موجود تھی، اور اس کے نیچے عنق سخت اور لیفیت دار (فائبروٹک) تھی۔ اسکے علاوہ اور کوئی خوضی ضرر موجود نہیں تھا۔ اس بالبید کے ایک حصہ کا خردبین سے امتحان کرنے کے بعد ویجائینل ہسٹیریکٹومی (مہبلی رحم برآری) کی گئی۔

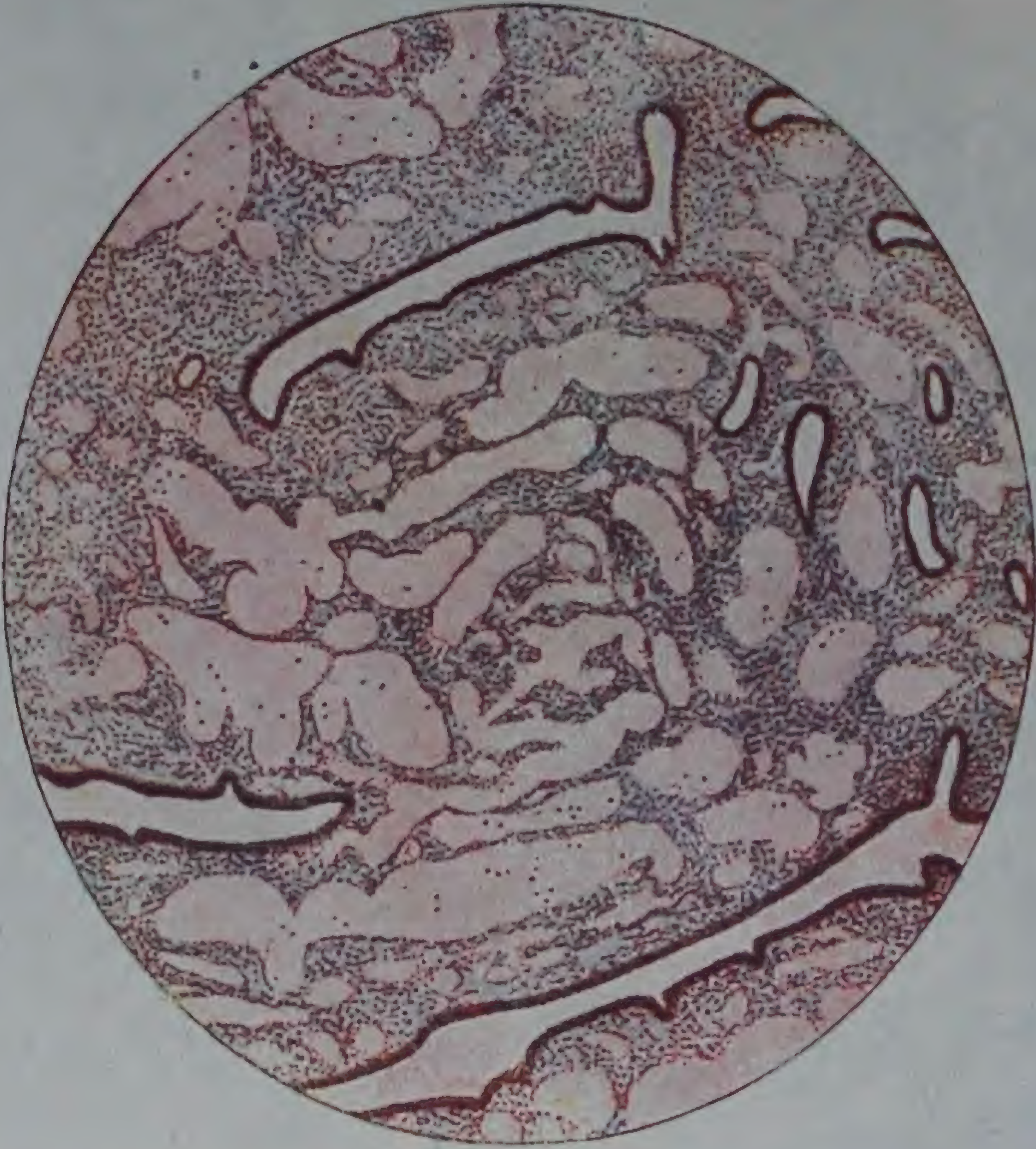
یہ نوساخت عنقی تاکل (سوڈوایڈینومایعنی کاذب غدی سلعہ) سے ان امور میں مختلف تھی کہ یہ عنقی بافت میں زیادہ گہرالنفوذ کرتی تھی، غدی انبیبات زیادہ بڑے تھے، اور اس کی کلغی دار حلیمی سطح ناہموار تھی۔ سریریاتی لحاظ سے تاکل کی نسبت اس سے نزف زیادہ واقع ہوتا ہے، اور یہ ٹیوبرکولر سروبسائیٹس (تدرنی التہابِ عنق tubercular cervicitis:) کے منظر سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتی ہے (دیکھو شکل ۱۸۴ اور ۱۸۵، صفحہ 309)۔

رحمی سعدانے

(UTERINE POLYPI)

رحم میں دو قسم کے پالیپائی (polypi) یعنی سعدانے پائے جاتے ہیں، میوکس یا ایڈینومیٹس پالیپائی (مخاطی یا غدی سلعی سعدانے)، اور فائبرائڈ پالیپائی (fibroid polypi) (لیفیتی سعدانے)۔ قبل الذکر کا انتخابی محل وقوع قنالِ عنق کا نیچے کا حصہ ہے جو فم خارجی کے قریب ہوتا ہے، لیکن یہ جسم رحم میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ بخلاف اسکے موخرالذکر عام طور پر رحم کے جسم سے پیدا ہوتے ہیں، لیکن گاہے گاہے یہ عنق میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ جن سعدانوں میں دونوں اقسام کے خواص ملے ہوئے ہوتے ہیں (فائبرو ایڈینومیٹس یعنی لیفی غدی سلعی) وہ جسم اور رحم میں قلیل الوقوع نہیں۔

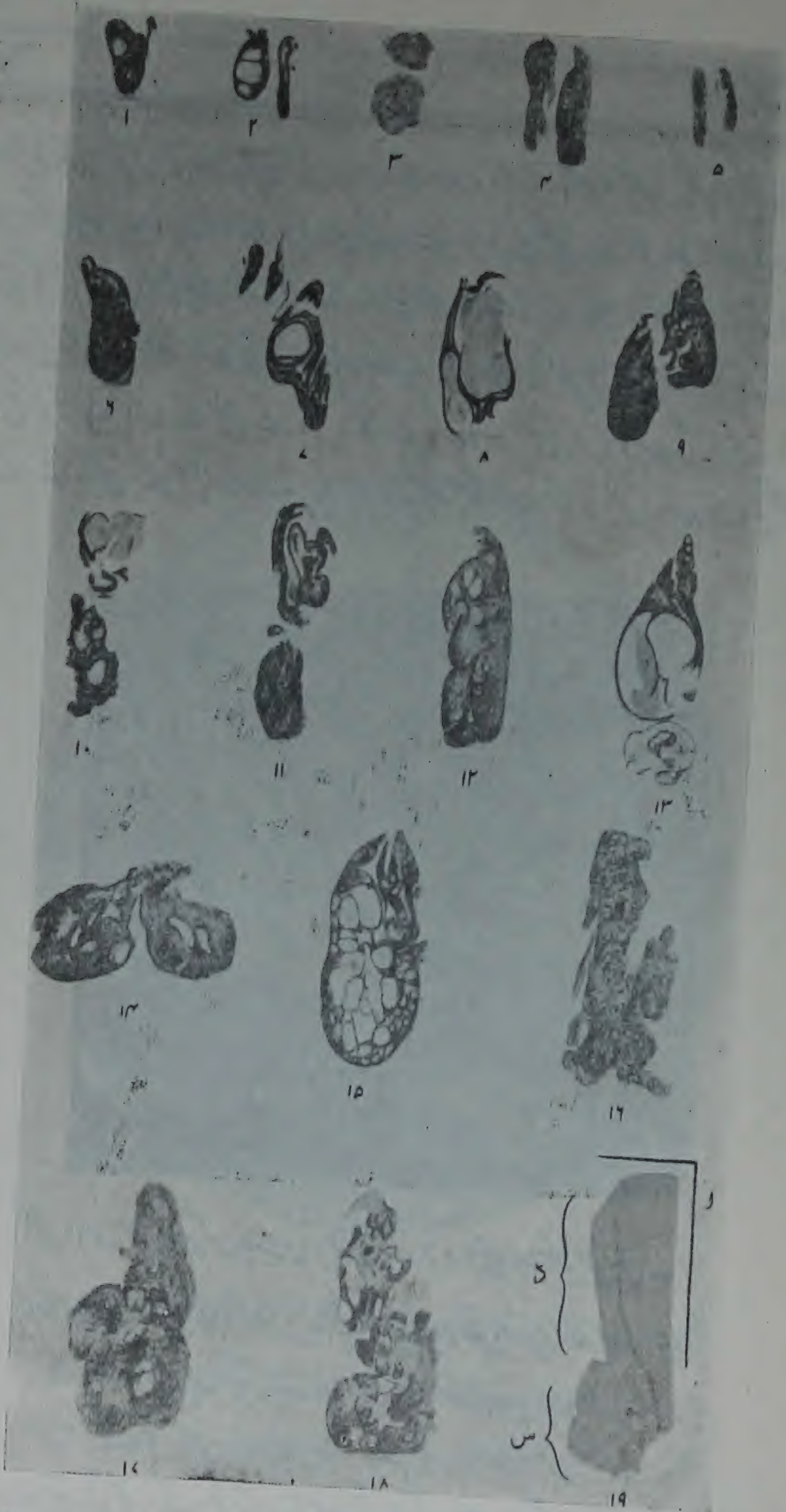
میوکس (مخاطی) یا ایڈینومیٹس پالیپائی یعنی غدی سلعی سعدانے چھوٹی چھوٹی، نرم اور پائیچہ دار ساختیں ہیں جو بالعموم متعدد ہوتی ہیں، اور ان کی اوسط جسامت مٹر کے دانے کے برابر ہوتی ہے۔ گاہے گاہے یہ شہدانے کے برابر بھی پائے جاتے ہیں یا اس سے بڑے بھی ہوتے ہیں، اور درحقیقت موج مهبل پر بھی نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ بالعموم گول اور پائیچہ دار ہوتے ہیں مگر کبھی کبھی یہ چپٹے یا بے ڈنڈی کے بھی ہوتے ہیں اور ان کا قاعدہ عریض ہوتا ہے۔ ان کی جسامت کا اختلاف شکل ۲۶۱ کو دیکھنے سے واضح ہو جائے گا۔ جب یہ قنالِ عنق کے منہ پر دکھائی دیتے ہیں تو ان کا رنگ گلابی یا سرخ ہوتا ہے، اور یہ یا تو کسی ایروژن (erosion) یعنی تآکل کے کسی رقبہ کے ساتھ یا قنال کے اندر عنقی دروں رحمہ سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ اپنے رنگ کی وجہ سے یہ مهبلی مخاطیہ سے واضح طور پر تمیز کئے جا سکتے ہیں۔ اگرچہ یہ عام طور پر مجرد ہوتے ہیں، مگر یہ دو دو یا تین تین کے گروہوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ جب یہ جسمی دروں رحمہ میں پائے جاتے ہیں تو ان کا انکشاف عام طور پر نہیں ہوتا جب تک کہ جرف سے ان کو الگ نہ کیا جائے (دیکھو شکل ۲۶۱ میں ۱۹ اور شکل ۲۶۰)۔ مخاطی سعدانوں کے ساتھ عنقی اور جسمی دروں رحمہ کا بیش تکون اور عنقی تآکل اکثر پایا جاتا ہے۔ سعدانے کرانک میٹرائیٹس (مزمن التہاب الرحم) (دیکھو شکل ۲۶۵ اور ۲۶۶)، یوٹیرائن سب انوولیوشن

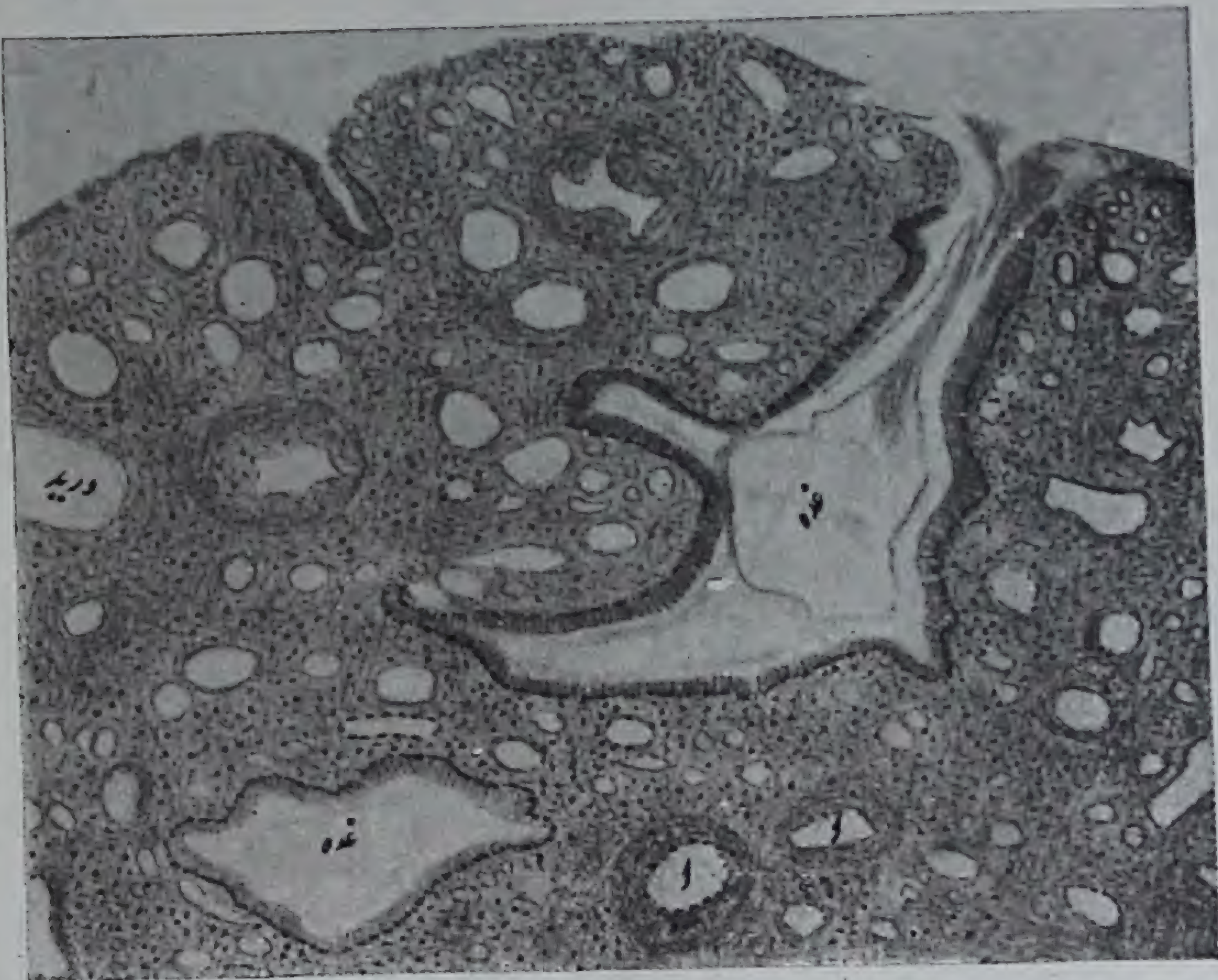
صفحہ ۲۲

عنق کا لیفی غدی سعدانہ (Fibroadenomatous Polypus) جس میں عرقی احتقان (vascular engorgement) موجود ہے جو رکود سے پیدا ہوا ہے۔ یہ اتساعِ عروقِ اختتامی (telangiectasis) کی مثال نہیں کیونکہ نئے عروق نہیں بنے ہیں۔

مقابل صفحہ 446.

(رحمی زیر النفاف)، فائیبرائڈس (سلعاتِ لیفیہ)، اور درحقیقت ہر ایسے امراضیاتی ضرریا پائے جاتے ہیں جس سے کہفۂ رحم میں کلائی پیدا ہو جائے۔

جن امراضیاتی اسباب سے جسمی درون رحمہ میں منتشر یا مقامی بیش بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ ابھی اچھی طرح سے سمجھ میں نہیں آئے۔ بخلاف اسکے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بعض مثالوں میں درون رحمہ کی بیش پرورش ایک حالت کے ساتھ پائی جاتی ہے جسے "انٹرایوٹیرائن ٹینشن" ("درون رحمی تناؤ") کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ طبعی حالت میں کہفۂ رحم تقریباً عدیم الوجود ہوتا ہے کیونکہ رحم کی مقدم اور موخر دیواریں ایک دوسری سے ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ پرواوٹیسٹرم (بیش شبقی کا زمانہ) کی ابتدا اور کاذب ریزینیہ کے نمو کے ساتھ درون رحمی تناؤ قدرتاً بڑھ جاتا ہے، اور یہ تناؤ اس وقت تک رفع نہیں ہوتا جب تک کہ "درون رحمہ" میں تنخر واقع نہیں ہو جاتا۔ بعض امراضیاتی حالتوں میں کہفۂ رحم منتقل طور پر کلائی یافتہ رہ جاتا ہے، اور اس لئے درون رحمی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ جس رحم میں کرانک سب انوولیوشن (مزمن زیر النفاف) موجود ہو اس میں کہفۂ رحم تمام ابعاد میں کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ درون رحمہ میں یکساں بیش بالیدگی شروع ہو جاتی ہے جو اس وقت تک جاری رہتی ہے جب تک کہ کہفۂ رحم منطمس نہیں ہو جاتا یا شائد درون رحمی تناؤ از سر نو طبعی لیول تک نہیں آ جاتا۔ یہی صورت حالات ایسے رحم میں بھی دیکھنے میں آتی ہے جس میں کہفۂ رحم متعدد وانٹرسٹیشیل اور سب میوکس فائبرومائیومیٹا (خلالی اور زیر مخاطی لیفی عضلی سلعات) سے کلائی یافتہ یا بدشکل ہو جاتا ہے۔ جس حالت میں رحم کی دیواریں ایک دوسرے سے متماس ہوتی ہیں اس میں درون رحمہ کی بالیدگی یا تو طبعی ہوتی ہے، اور یا یہ ذبول یافتہ ہوتا ہے۔ جب کبھی ایک کہفہ پیدا ہو جاتا ہے تو درون رحمہ میں یا تو منتشر بالیدگی واقع ہو جاتی ہے، یا اس میں سعدانہ پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ ظاہر ہے کہ یہ کہفۂ رحم کو منطمس کرنے کی کوشش ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ رحم خلا کو پسند نہیں کرتا، اور اس لئے طبعی درون رحمی تناؤ درون رحمہ کی اس بازپیدائش کے درجہ پر جو کاذب حمل کی حالت کے بعد شروع ہوتی ہے شائد ایسا اثر کرتا ہے جسے غیر اہم نہیں کہا جا سکتا۔ یہ تناؤ طبعی حالت میں عضلۂ رحم کی تنیدگی اور نمو سے برقرار رہتا ہے۔ تنیدگی کی کمی سے، جیسا کہ لیفیت یافتہ ارحام کی حالت میں ہوتا ہے، درون رحمی بیش بالیدگی کی مساعدت ہوتی ہے۔ سمپل ایڈینومیٹس

شکل ۲۴۰- دیوار رحم میں سے عرضی تراش جس میں دروں رحمہ کی ایک سسٹک پالیپائڈل اوور گروتھ (دویرنا سعدانہ نمایش بالیدہ) دکھائی دیتی ہے۔ دروں رحمہ میں عمومی بیش نکون موجود ہے اور ایک محاطارتیہ میں مختلف المقام مفرط بیش بالیدگی نظر آتی ہے۔

شکل ۲۶۱ - رحم کے مخاطی سعدانے - ۱ تا ۱۸ میں عنقی سعدانے دکھائے گئے ہیں - ۱۹ ایک جسمی سعدانہ کو ظاہر کرتا ہے - ا - عضلی دیوار - د - درون رحمہ - س - سعدانہ (پالیپس) - تمام شکلیں ان بالیدوں کی تراشوں کی اصلی جسامت کو ظاہر کرتی ہیں جو خردبینی امتحان کے لئے طیار کی گئی تھیں - یہ بخوبی نظر آرہا ہے کہ بیشتر سعدانے دویرہ دار ہیں

اینڈومیٹرئیل پالیپس (سادہ غدی سلعی دروں رحمی سعدانہ) کا سبب معلوم نہیں، لیکن مذکورہ بالا امور کے مدنظر یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اسکے نمو کو اسی تناؤ سے کوئی قریبی تعلق ہو۔ اس امر سے صرف دررحمی تناؤ ہی کا تعلق نہیں جو بحیثیت مجموعی سب سے بڑا سبب ہے، بلکہ مقامی بافتی تناؤ کا، جو دروں رحمہ کی نوبی بالیدگی کے ساتھ ساتھ قدرتاً بدلتا رہتا ہے، اور سالماتی تنخر کا بھی، جو دورحیض کے اختتام پر واقع ہوتا ہے، اس سے تعلق ہے۔ اگر یہ تنخر بے قاعدہ اور جکتی دار ہو تو بعد کی بازپیدائشی ہیئت سے بافتی تناؤ میں اختلافات پیدا ہو جائینگے جنکا اظہار متناظر بیش بالیدوں کی شکل میں

شکل ۲۶۲۔ عنق کا میوکس پالیپس (مخاطی سعدانہ)۔ ہیکل بہت کثیر العروق ہے، اور اس میں بہت سی بڑی بڑی شریانیں جنکی دیواریں دبازت یافتہ ہیں، اور بہت سی وریدیں اور عروق لمف موجود ہیں۔ غدد متمدد اور دویری ہیں۔

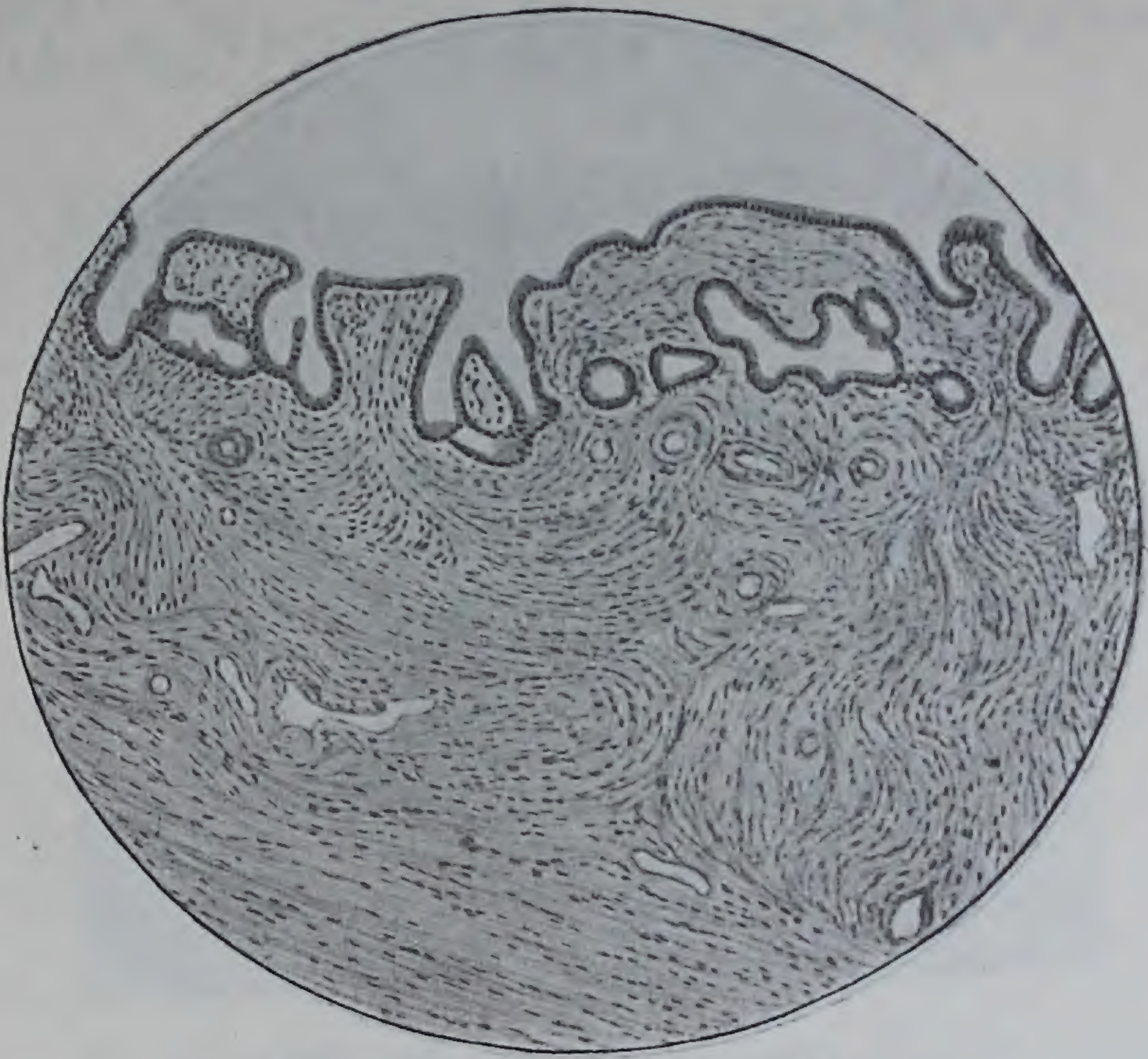
ہوگا۔ جب یہ امراضیاتی عمل ایک دفعہ شروع ہو جاتا ہے تو یہ ظاہر ہے کہ اس سے ایک دائرۂ فاسدہ پیدا ہو جاتا ہے جس کا رجحان ہمیشہ قائم رہنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس سے اسی طریقہ سے اپنے وقت پر خباثت کے عنصر کی پیدائش ہو سکتی ہے۔

نسیجیاتی امتحان کرنے پر یہ معلوم ہوتا ہے کہ میوکس پالیپائی (مخاطی سعدانے) ڈھیلی بناوٹ کے

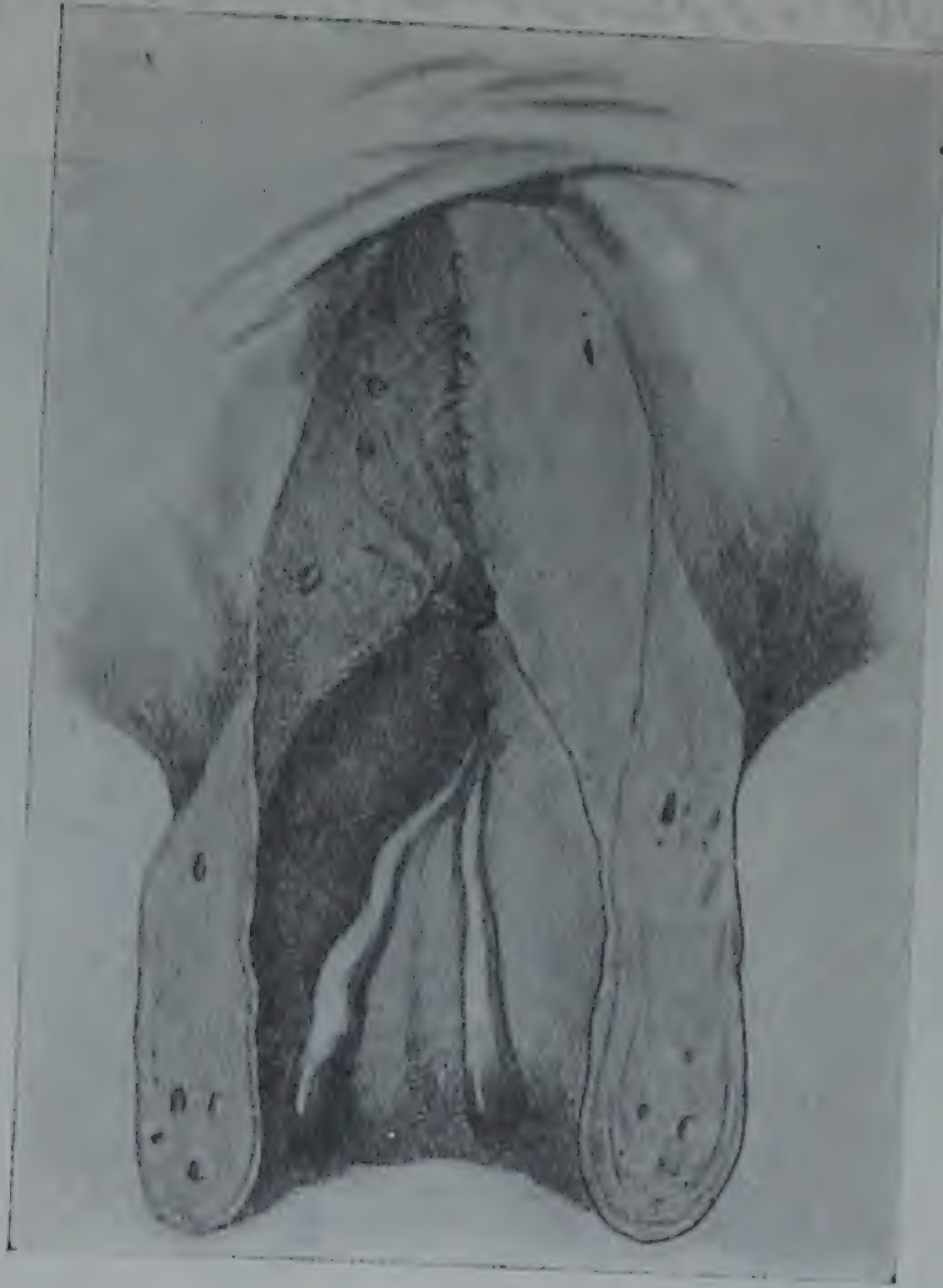
ہیکل پر مشتمل ہیں جو نہایت کثیر التعداد غدد کو سہارا دیتا ہے جن میں سے بعض سطح پر کھلتے ہیں اور بعض کے متسع ہونے سے چھوٹے چھوٹے احتباسی دورے بن گئے ہیں (دیکھو شکل ۲۶۲)۔ ان غدد کا استر اسطوانی سرحلمہ کا ہوتا ہے جو دروں رحمہ کے سرحلمہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ ہیکل نہایت کثیر العروق ہوتا ہے۔ خردبینی میدان میں شریانی اور وریدی دونوں اقسام کے عروق دکھائی

شکل ۲۶۳۔ فائبروایڈنومیٹس سروائیکل پالیپس (یعنی غدی سلعی عنقی سعدانہ)۔ اس کا سرحلمی غلاف طبقہ دار فلسمانی سرحلمہ کی ایک دبیز تہ پر مشتمل ہے جو اُس تہ کے مشابہ ہے جو دیوارِ مہبل کا استر بناتی ہے۔ ہیکل کثیر العروق لیفی بافت سے مرکب ہے۔

دیتے ہیں۔ قبل الذکر کے بیرونی اور وسطی طبقات میں اکثر دبازت پائی جاتی ہے۔ شکل ۲۶۲ میں پتلی دیواروں والے جو عروق دکھائی دیتے ہیں ان میں سے بعض ممکن ہے کہ متسع عروقِ ملفوف ہوں

اوران میں سے اکثر بڑے قطر یہ کی وریدیں ہیں۔ پاپیپس (سعدانہ) کے دوران خروج میں بعض اوقات پانچہ کے مضغوط ہوجانے سے رکود پیدا ہوجاتا ہے، جس کے نتیجہ کے طور پر عروق خون سے محتقن ہوجاتے ہیں (دیکھو صحفہ ۲۲، صفحہ 445) اور پاپیپس (سعدانہ) کی رنگت تاریک ارغوانی ہوجاتی ہے۔ سروائیکل میُوکس پالیپس (عنقی مخاطی سعدانہ) کی سطح تا ئکل 450

شکل ۲۶۴۔ فائبرو ایڈینومیٹس سروائیکل پالیپس (لیفی غدی سلعی عنقی سعدانہ)۔ اسی نمونہ سے جو شکل ۲۶۳ میں دکھایا گیا ہے۔ سطح ایپیتھیلیومیٹس (حلیمہ سلعی) ہے، اور ستونی سرحلمہ کی صرف ایک ہی تہ سے مکمل طور پر پوشیدہ ہے۔ ہیکل عروق دار لیفی بافت پر مشتمل ہے۔

(شکل ۲۵۰، صفحہ 429 سے مقابلہ کیا جائے) سے اس امر میں کسی قدر مشابہت رکھتی ہے کہ اس پر اسطوانی خلیات کا ایک غیر مکمل سرحلمی غلاف ہوتا ہے جو خاصکر غدد کے دہنوں کے

قرب وجوار میں پایا جاتا ہے۔ مگر فائبرائڈ (لیف آسا) یا فائبرو ایڈینومیٹس پالیپائی یعنی لیفی غدی سلعی سعدانوں پر اکثر طبقہ دار فلسمانی سرحلمہ کا ایک کامل النمو غلاف ہوتا ہے جو مہبلی مخاطیہ کے مشابہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات اسی پالیپس (سعدانہ) کی سطح کے ایک حصہ پر اسطوانی سرحلمہ پایا جاتا ہے اور دوسرے پر طبقہ دار فلسمانی سرحلمہ (دیکھو شکل ۲۶۳ اور ۲۶۴)۔

شکل ۲۶۵۔ میوکس پالیپائی (مخاطی سعدانے) جو مزمن التہاب الرحم کے ایک اصابہ میں فم داخلی کے لبوں پر چسپیدہ ہیں۔ ان لمبے لمبے اور پتلے سعدانوں کے آزاد سرے ممتلی اور تخریافتہ ہیں۔

جو رقبہ فلسمانی سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتا ہے وہ صاف ہوتا ہے اور جو رقبہ اسطوانی سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتا ہے اسکی بناوٹ مخملین ہوتی ہے۔

میوکس پالیپائی (مخاطی سعدانوں) کو عموماً دو علامات متلازم ہوتے ہیں، یعنی نزف اور سیلانِ ابیض۔ دروں رحمی سعدانوں سے (جو بالعموم لیف آسا ہوتے ہیں) مفرط یا

طویل المدت ماہواری جریانِ خون واقع ہوتا ہے، اور عنقی سعدانوں سے (جو بالعموم مخاطی ہوتے ہیں) جو نزف واقع ہوتا ہے وہ بے قاعدہ یا گاہے گاہے مسلسل ہوتا ہے۔ شدید اصابات میں ان دونوں قسم کا جریانِ خون پایا جاتا ہے۔ چھوٹی جسامت کے مخاطی سعدانے سے بعض اوقات مگر شاذ و نادر ہی اتنا شدید نزف واقع ہوتا ہے کہ یہ زندگی کے لئے خطرناک ہو۔

عنقی سعدانوں کی تشخیص بہت آسان ہے کیونکہ یہ امتحان کرنے والی انگلی سے بآسانی

شکل ۲۶۶۔ درون رحمہ کا میوکس پالیپس (مخاطی سعدانہ) مزمن التہاب الرحم کے اصابہ میں۔ رحم کی لیفی عضلی دیوار میں بہت سی دبازت موجود ہے (چیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیئم)۔

محسوس کئے جاتے ہیں، اور منظار کے ذریعہ سے ان کا معائنہ کیا جاسکتا ہے۔ دروں رحمی سعدانوں کی شناخت انگلی یا کیوریٹ (مجرف) کے ذریعہ سے رحم کا استقصاء کرنے سے کی جاسکتی ہے (دیکھو شکل ۲۶۶)۔ تمام پالیپائی (سعدانوں) کا محتاط نسیجیاتی امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ جو بالیدیں بظاہر سلیم معلوم ہوتی ہیں انجام کار خبیث ثابت ہوسکتی ہیں (دیکھو شکل

۲۶۸ و ۲۶۹)۔
عنقی سعدانوں کا علاج یہ ہے کہ ان کو قلاب سے پکڑ کر اس طرح مروڑا جائے کہ یہ ساقچہ پر سے ٹوٹ جائیں ۔ چھوٹی چھوٹی بالیدیں حقیقی مکواۃ سے تباہ کی جاسکتی ہیں ۔ ساتھ ہی یہ بھی بہتر ہوتا ہے کہ رحم کا جرف کر دیا جائے کیونکہ مخاطی سعدانوں کے ساتھ درون رحمہ کا بیش تکون اکثر موجود ہوتا ہے ۔

شکل ۲۶۷ ۔ یہ پالیپائی (سعدانے) ایک بچہ کی عنق سے لیئے گئے ہیں جس کی عمر ایک سال سات ماہ تھی (ستی ۔ ڈی ڈبلیو ۔ گب)۔

452 فائبرائیڈ پالیپائی (Fibroid Polypi) یعنی لیف آسا سعدانوں کا ذکر آئندہ باب میں کیا گیا ہے جس میں رحم کے لیف آسا سلعات پر بحث کی گئی ہے (دیکھو صفحات 464 تا 468) ۔ اس قسم کے سعدانے محض لیف آسا سلعات ہی ہوتے ہیں جو خارج ہو رہے ہوتے ہیں ۔

پلیسنٹل پالیپائی (Placental Polypi) یعنی مشیمی سعدانے غیر مکمل اسقاط یا وضع حمل کے بعد مشیمہ کے کسی ٹکڑے کے احتباس کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتے ہیں۔

محبتس ساختوں کے جزدی طور پر علیحدہ ہونے یا رحم کے ناقص انقباض سے نزف واقع ہوتا ہے۔ منصب خون سطح پر مرتب ہو جاتا ہے، اور یہ تودہ بتدریج بڑھتا جاتا ہے حتیٰ کہ یہ بعض اوقات

شکل ۲۶۸ ۔ سروائیکل پالیپس (عنقی سعدانہ) جس نے ییپلی فیرس کارسی نوما (حلیمہ دار سرطانی سلعہ) کی شکل اختیار کرتی ہے۔

کہفہ رحم کو پُر کر دیتا ہے، اور فم خارجی پر بروز کر آتا ہے ۔ یہ سعدانے ہمیشہ واحد ہوتے ہیں۔

میلگنینٹ پالیپائی (Malignant Polypi) یعنی خبیث سعدانے۔

رحم سے جو پالیپس دور کئے جاتے ہیں خواہ یہ عنق سے ہوں یا جسم سے، ان تمام کا نسیجیاتی امتحان کرنا چاہیئے، اور اگر یہ خلبیت ثابت ہوں تو رحم کو نکال دینا چاہیئے۔

453 خباثت کی ایک زیادہ عام قسم جو سعدانہ نما شکل میں پائی جاتی ہے سارکوما (سلعۂ لحمیہ) ہے، اور جن حالات میں سعدانے دور کرنے پر پھر عود کر آئیں اس کا شبہ کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات

شکل ۲۶۹۔ اس درنشاندہ تصویر کی تراش جو شکل ۲۶۸ میں دکھائی گئی ہے، اعلیٰ تکبیر ہے۔ اس میں ایک پیپلی فیرس کارسی نوما (حلیمہ دار سرطانی سلعہ) دکھائی دیتا ہے جو سطحی سرحلمہ کی قاعدی تہوں سے پیدا ہو رہا ہے۔

454 "سعدانہ" ("پالیپس") کسی سب میئوکس سارکوما (زیر مخاطی سلعہ لحمیہ) کا زیریں قطب ثابت ہوتا ہے جو عنق میں سے بروز کر آتا ہے۔

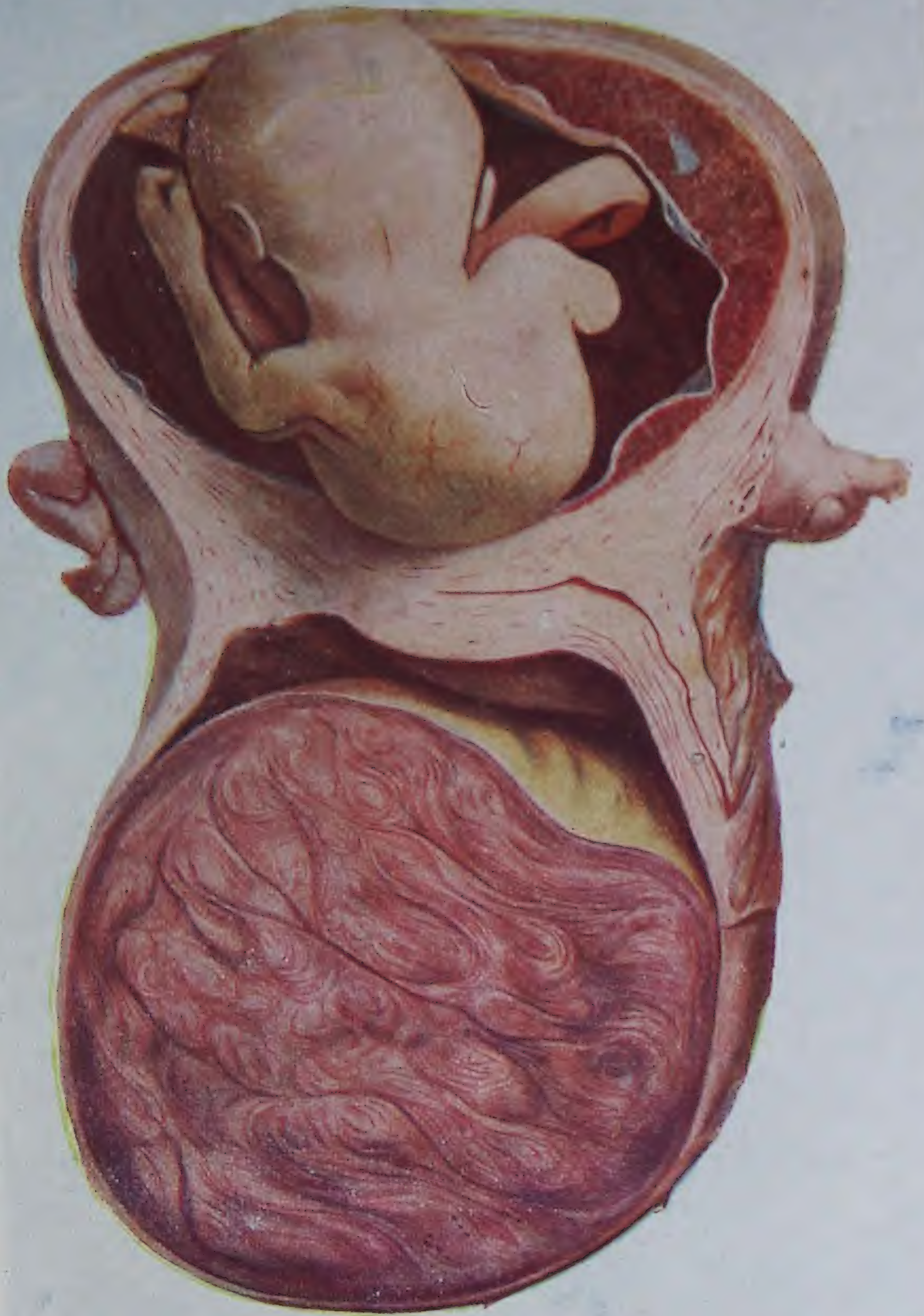
جو لحمی سلعی بالیدیں (sarcomatous growths) زمانہ شیر خوارگی میں پیدا ہوتی ہیں ان کے منتخب محلات وقوع میں سے ایک عنق بھی ہے۔ چنانچہ "انگور نما سلعہ لحمیہ"

("grape-like sarcoma")(دیکھو صفحہ 574) بعض اوقات درون رحمہ کے سعدانہ کی شکل میں شروع ہوتا ہے۔ شکل ۲۶۷ میں جو سعدانہ نما بالید دکھائی گئی ہے اس کے متعلق ایک لائق ماہر امراضیات نے اطلاع دی تھی کہ اس میں غیر مخطط عضلہ اور انفصالی بافت موجود ہے۔ اس کے متعلق ایک دلچسپ امر یہ ہے کہ یہ بالید انیس ماہ کے ایک بچہ کی عنق رحم سے دور کی گئی تھی۔

سرحلمی اصل کے خبیث سعدانے نادر الوقوع ہیں۔ شکل ۲۶۸ اور ۲۶۹ میں جو سعدانہ دکھایا گیا ہے وہ ایک سعدانہ تھا جس نے عنق کے پیپلی فیرس کارسی نوما (حلیمہ دار سرطانی سلعہ) کی شکل اختیار کرلی تھی۔

درر حمی سعدانہ کی تشخیص۔ غیر طبعی نزف کے ایسے تمام اصابات میں (خواہ حیضی ہوں یا بے قاعدہ) جن میں عنق یا مہبل میں نزف کا کوئی بین سبب موجود نہ ہو کہفہ رحم میں سعدانہ کے موجود ہونے کے امکان پر ضرور غور کرنا چاہیئے۔ چھوٹے چھوٹے سعدانے ان امراضیاتی حالتوں میں سے ہر ایک کے ساتھ پائے جاسکتے ہیں جن سے رحم میں خفیف سی کلانی پیدا ہوسکتی ہے۔ بخلاف اسکے لیف آسا سعدانے (fibroid polypi) عام طور پر اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ ان سے رحم کی جسامت میں معتدبہ اضافہ ہوجاتا ہے۔ رحم عموماً گلو بچہ نما ہوتا ہے اور تاوقتیکہ دوسری رختکی (انٹرسٹیشیئل) یا تحت مصلی لمف آسا بالیدیں (سب سیرس فائیبرائڈ گروتھس) موجود نہ ہوں اس کی دیواریں صاف ہوتی ہیں۔ اسکی لبتگی طبعی حالت سے زیادہ ہوتی ہے۔ دودستی امتحان کرنے سے بعض اوقات معتدبہ نزف واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابات میں مجسہ (ساؤنڈ) سے ایک طویل پیمائش ظاہر ہوتی ہے بشرطیکہ بالید اس کے گذرنے میں رکاوٹ پیدا نہ کرے۔ بعض اوقات مجسہ کا سرا پہلے سعدانہ سے ٹکراتا ہے اور پھر اس کی ایک جانب سے آگے کی طرف کو پھسل جاتا ہے۔ بہر حال مجسہ سے بالید کے یقینی امارات کے ظاہر کرنے میں عموماً ناکامی ہوتی ہے۔ اگر فم داخلی کھلا ہو تو سعدانہ یا تو انگلی سے محسوس کیا جاسکتا ہے یا منظار سے دیکھا جاسکتا ہے۔

اصابات کی ایک بڑی اکثریت میں تشخیص صرف عنق کو متسع کرکے کہفہ رحم کا انگلی سے استقصا کرنے ہی سے کی جاسکتی ہے۔ لیف آسا سلعات (fibroid polypi) محکم اور صاف محسوس ہوتے ہیں اور چھوٹے۔ پر ان سے شدید نزف واقع نہیں ہوتا۔ مخاطی سعدانے (mucous polypi)

صفحہ ۲۳

لیفی عضلی سلعی رحم (Fibromyomatous Uterus) میں حمل۔ لیفیہ میں "سرخ انحطاط" واقع ہوگیا ہے۔

مقابل صفحہ 455-

نرم اور ضغط پذیر ہوتے ہیں۔ مشیمی اور خبیث سعدانے نرم اور خستہ ہوتے ہیں، اور امتحان کرنے پر بعض اوقات ان سے خون بکثرت بہتا ہے۔ مشیمی سعدانہ انگلی سے بآسانی علیحدہ کیا جاسکتا ہے، اور اس کے بعد دیوارِ رحم ہموار رہتی ہے۔ مزید برآں نزف کی روئداد بھی اس کو متلازم ہوتی ہے جس کی ابتدا کسی سابقہ اطلاص یا وضعِ حمل سے ہوتی ہے۔

جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔ یہ امر عملی نقطۂ نظر سے بہت اہم ہے کہ جو رحمی سعدانے عملیہ سے دور کئے جاتے ہیں ان سب کا نسیجیاتی امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ جو بالیدیں بظاہر سلیم معلوم ہوتی ہیں وہ بعض اوقات خبیث بھی ثابت ہوتی ہیں۔

درر حمی سعدانہ کا علاج یہ ہے کہ عنق کو متسع کر کے، بشرطیکہ یہ اس سے ماؤف نہ ہوچکی ہو، اس بالید کو دور کر دیا جائے۔ اس کے بعد دروں رحمہ کا جرف کر دینا چاہئے۔

455

۲۔ سلعاتِ لیفیہ

(FIBROID TUMOURS)

عمومی امراضیاتی تشریح

اِن سلعات کی جسامت، شکل، اور تقسیم میں بہت اختلاف پایا جاتا ہے۔ ان میں مختلف اقسام کے ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور قرب و جوار کے اعضا میں یہ ثانوی تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔

فائبرائڈس (fibroids) یعنی سلعاتِ لیفیہ رحم کے ہر حصہ میں پیدا ہو سکتے ہیں، لیکن عنق کی نسبت جسم میں یہ بہت زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ رحم کے تمام سلعاتِ لیفیہ میں سے صرف ۸ فیصدی عنق میں واقع ہوتے ہیں۔ شاذ شاذ حالتوں میں یہ رباطِ مستدیر (round ligament) میں بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً ہمیشہ متعدد ہوتے ہیں اور تنہا سلعات غالباً ۱ تا ۲ فیصدی سے زیادہ نہیں ہوتے۔ بعض صورتِ حالات میں یہ بے حد بڑے ہو جاتے ہیں اور مٹر کی دال یا باجرے کے دانے کے برابر چھوٹی چھوٹی بالیدوں تک جسامت کے تمام مدارج پائے جاتے ہیں۔ جس عضو میں یہ پیدا ہوتے ہیں اسے یہ بعض اوقات متشاکل طور پر کلاں بنا دیتے ہیں اور بعض اوقات اس کی شکل بگاڑ دیتے ہیں یا یہ رحم سے

ساقچہ کے ذریعہ سے چسپیدہ رہتے ہیں اور مادری عضو کی جسامت یا شکل میں کوئی معتدبہ تبدیلی پیدا کرنے کے بغیر ہی بڑی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوتے ہیں تو ایک بالیدہ اکثر سب سے

شکل ۲۷۰۔ سب مئیوکس اور سب سیرس فائبر ائڈس (تحت مخاطی اور تحت معصلی سلعات لیفیہ) کا تکون۔ چھوٹے چھوٹے انٹرسٹیشیل فائبر ائڈس (رخنگی سلعاتِ لیفیہ) بھی موجود ہیں۔ کہفہ رحم کی بگڑی ہوئی شکل کو دیکھا جائے۔

بڑی ہوتی ہے۔ ایک ہی رحم میں ان کی جو تعداد موجود ہوتی ہے وہ عام طور پر نسبتہً قلیل ہوتی ہے، لیکن لگا ہے گاہے چھوٹی بالیدیں بہت بڑی تعداد میں پائی جاتی ہیں جن میں سے کوئی ایک بھی معتدبہ جسامت اختیار نہیں کرتی۔

سلعات لیفیہ ٹھوس بالیدیں ہیں جو دیوارِ رحم کی عضلی بافت سے پیدا ہوتی ہیں۔

ابتدائی مدارج میں یہ ہمیشہ ایک بخوبی نمو یافتہ کیسہ یا غلاف میں بند ہوتے ہیں جس سے ان کو خون
کی رسد پہنچتی ہے ۔ ان میں عروق محیط کی طرف سے داخل ہوتے ہیں، اس لئے ان کا مرکزی حصہ
بعدی حصوں کی نسبت قلیل العروق ہوتا ہے ۔ جوں جوں یہ بڑے ہوتے جاتے ہیں یہ یا تو باہر کی طرف

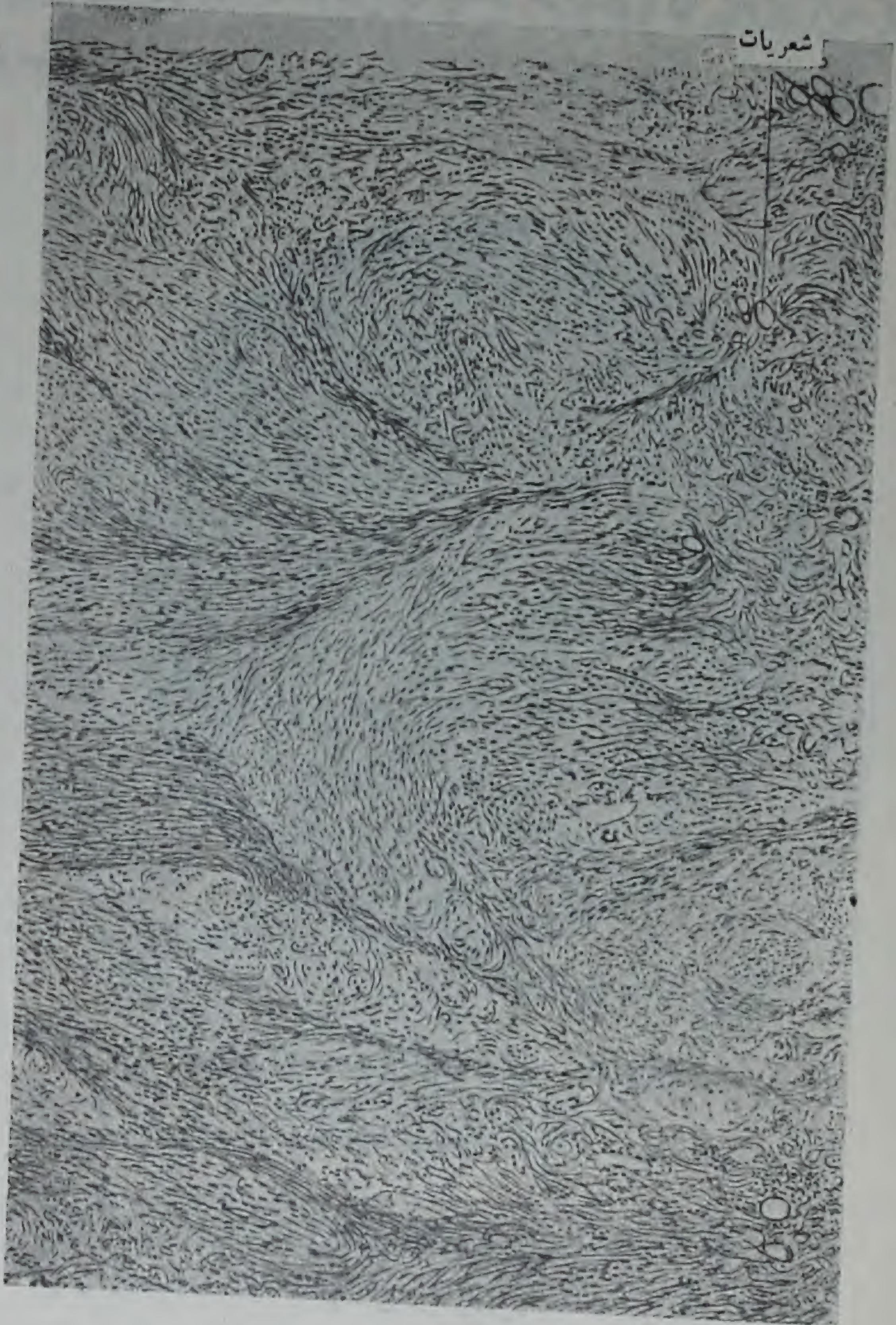
شکل ۲۱،۱ ۔ پالیپائڈ فائبرائڈس (سعدانہ نما سلعاتِ لیفیہ) کا نکون ۔ ا، ا
بالیدیں دیوارِ رحم سے ابھی تک ساقچہ کے بغیر ہی چسپیدہ ہیں ۔ باقی دونوں
بالیدیں عضلی بافت سے مکمل طور پر خارج ہو گئی ہیں ۔

باریطون کے نیچے، یا اندر کی طرف مخاطیہ کے نیچے بڑھتے چلے جاتے ہیں، یا یہ عضلۂ رحم کی ایک نمایاں

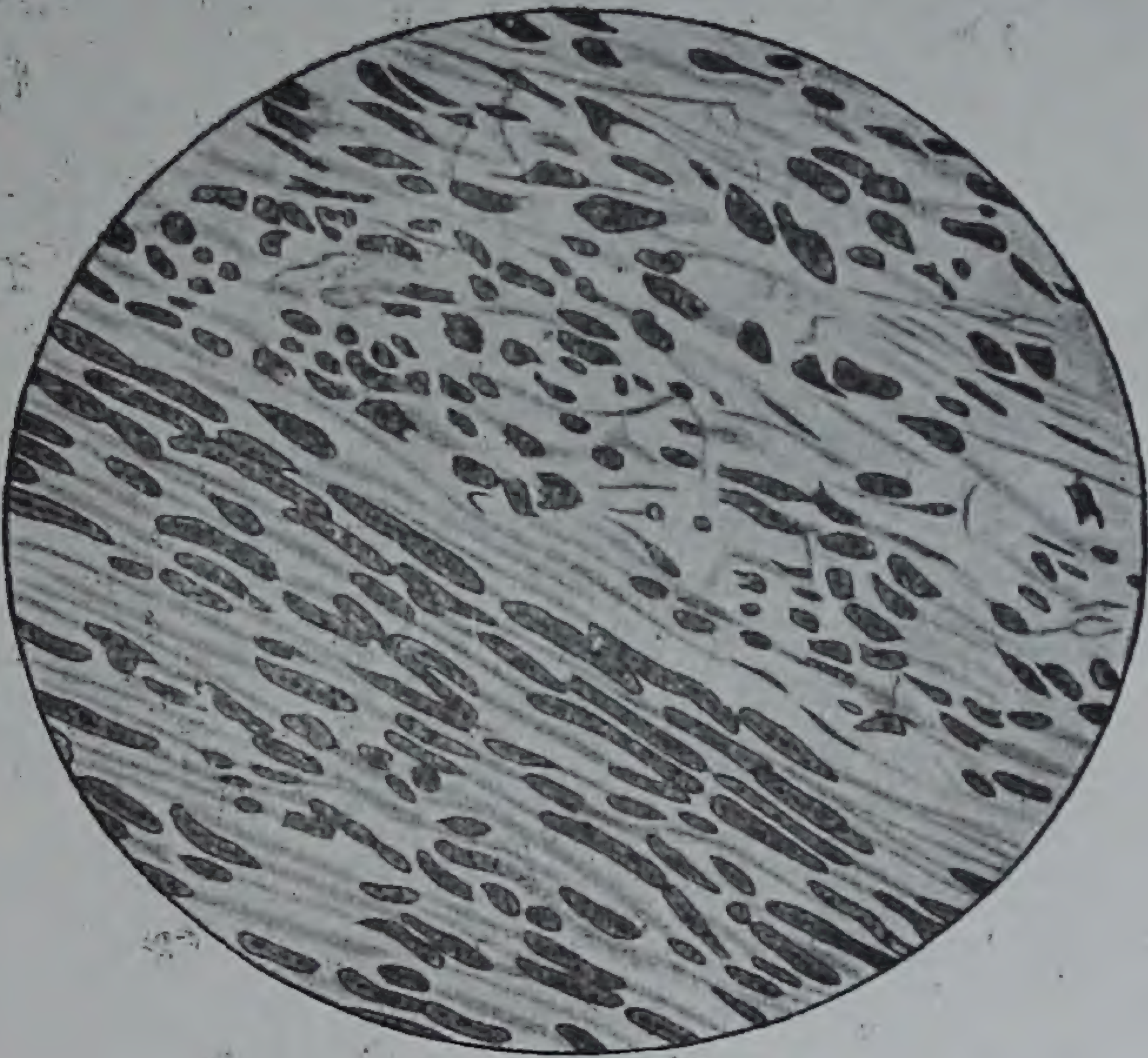
تہ سے گھرے رہتے ہیں، اور رحم کی دیوار میں مکمل طور پر بند رہتے ہیں۔ اس طرح ان کی تین قسمیں پیدا ہوجاتی ہیں جو فرداً فرداً زیر باریطونی (subperitoneal)، زیر مخاطی (submucous) اور رخنگی (interstitial) یا دروں دیواری (intramural) کہلاتی ہیں۔ فایبرائڈس (سلعاتِ لیفیہ) کی ایک بڑی اکثریت پہلے رخنگی ہوتی ہے، اور اگرچہ ایسے سلعات بالعموم چھوٹے ہوتے ہیں لیکن یہ بعض اوقات اتنے بڑے ہوجاتے ہیں کہ یہ رحم کی شکل کو بگاڑ دیتے ہیں، اور مخاطی یا باریطونی سطح پر بروز کر آتے ہیں، مگر چونکہ یہ کیسہ میں بند ہوتے ہیں، اور عضلی بافت کے ایک مکمل منطقہ سے محصور ہوتے ہیں اس لئے یہ ابھی تک رخنگی ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۷۰)۔ بڑھتے بڑھتے یہ بعض اوقات باہر کی طرف رخ کر لیتے ہیں، اور عضلی دیوار سے نکل کر باریطونی طبقہ تک پہنچ جاتے ہیں اور اسے اپنی جگہ سے ہٹا دیتے ہیں، یا یہ اسی طرح اندر کی طرف کہفۂ رحم میں بڑھتے جاتے ہیں اور غشائے مخاطی کو اوپر اٹھا دیتے ہیں۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سلعہ اپنے کیسہ سے باہر نکل جاتا ہے، اور اس لئے اس کا بیشتر حصہ صرف باریطون یا دروں رحمہ ہی سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ زیر باریطونی اور زیر مخاطی دونوں قسم کے سلعاتِ لیفیہ یا تو دیوارِ رحم سے ساقچہ کے بغیر ہی چسپیدہ رہتے ہیں، یا یہ ایک نمایاں ساقچہ کے طیار ہوجانے سے جو بعض اوقات ۳ یا ۴ انچ تک لمبا ہوتا ہے، سعدانہ نما بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۷۱)۔ بے ساقچہ سلعات میں کیسہ کا ایک حصہ قاعدہ پر عموماً باقی رہ جاتا ہے جس کی وجہ سے دیوارِ رحم سے سلعہ کا انفکاک بآسانی کیا جاسکتا ہے۔

سلعاتِ لیفیہ کی لسنگی بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ان کی ایک بہت بڑی تعداد بناوٹ میں سخت اور بے لچک ہوتی ہے، اور بعض لکڑی کی طرح سخت ہوتے ہیں، اور بعض کی سختی پتھر کے قریب قریب پہنچ جاتی ہے، اور بعض نرم اور دوبری ہوتے ہیں۔ تمام سلعاتِ لیفیہ ابتداءً غالباً سخت ہوتے ہیں، اور لینت تقریباً ہمیشہ انحطاطی تغیرات سے واقع ہوتی ہے، مگر شاذ شاذ اصابات میں یہ تہیج سے بھی پیدا ہوتی ہے، اور زیادہ شاذ طور پر یہ انتہائی عروقیت سے رونما ہوتی ہے۔ تراش کاٹنے پر اس کی رنگت اردگرد کی دیوارِ رحم کی رنگت کے مقابلہ میں عام طور پر پھیکی ہوتی ہے۔ جو سلعاتِ لیفیہ متوسط درجہ کے سخت ہوتے ہیں ان کی کٹی ہوئی سطح پر خم دار گتھے ہوئے ریشوں کی ایک مدوری ترتیب (whorled arrangement) پائی جاتی ہے۔ جو بالیدیں زیادہ نرم ہوتی ہیں ان میں یہ ترتیب دیکھنے میں نہیں آتی۔ کیسہ میں

457

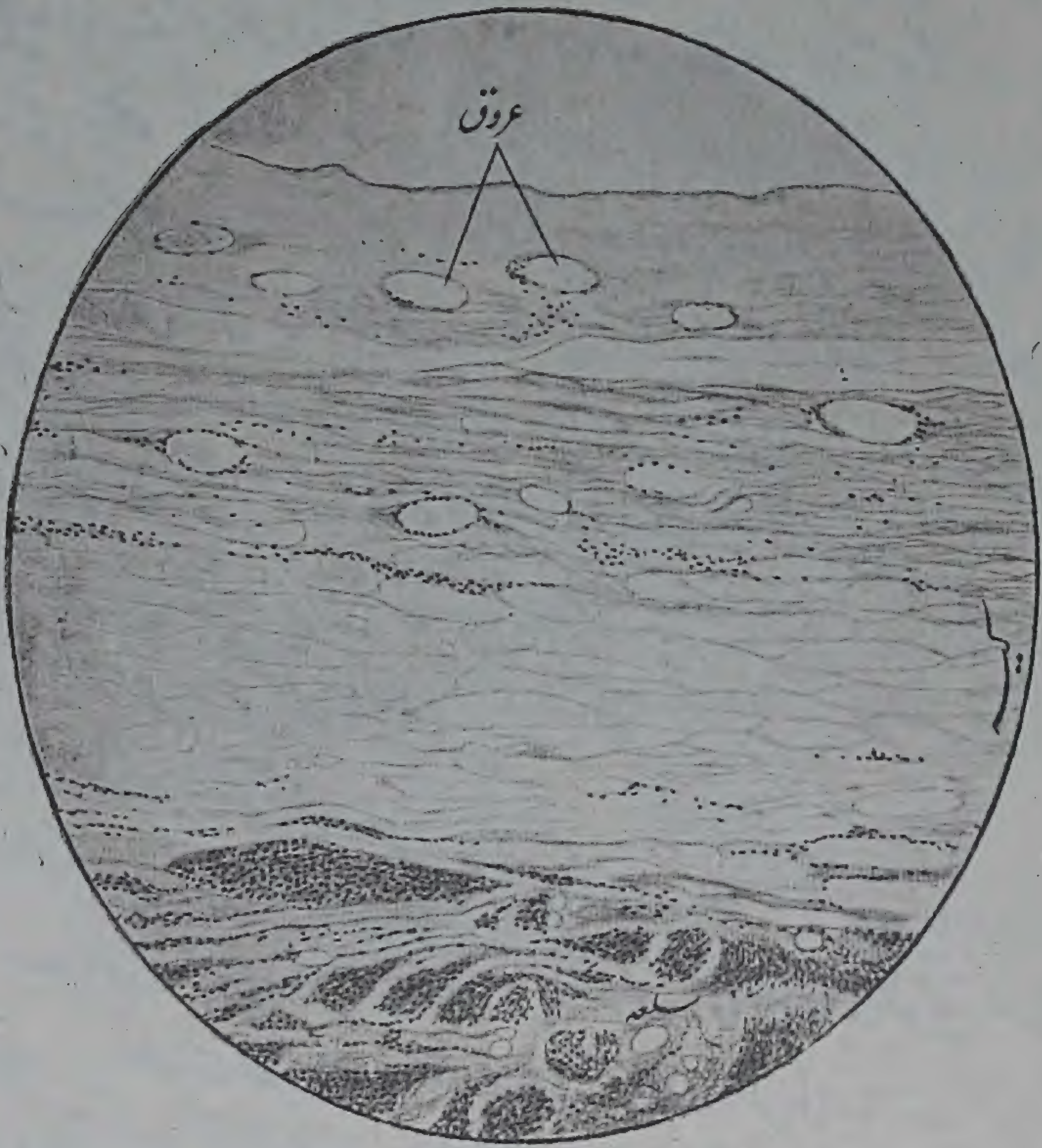
رحم کی عضلی دیوار کی طرح بہت کثرت سے عضلی ریشے پائے جاتے ہیں۔ کاٹنے پر دیوارِ رحم کے ساتھ یہ بھی بازکشیدہ ہوجاتا ہے' اور اس کا میلان سلعہ کو اپنے مہاد میں سے باہر

شکل ۲،۴ ۔ ایک سخت سلعہ لیفیہ کی تراش (ادنیٰ طاقت سے)۔ ریشوں کے متشابک بنڈلوں کی ترتیب بخوبی نظر آرہی ہے۔

نکال دینے کی طرف ہوتا ہے' اور یہ امر سلعاتِ لیفیہ کا دیوارِ رحم سے انقاف کرتے وقت

معتد بہ سربری اہمیت رکھتا ہے۔ اگر رحم کو عملیہ کے ذریعہ سے باہر نکال دینے کے بعد انٹرسٹیشل فائبرائڈ یعنی زخمی سلعہ لیفیہ کو علیٰ محلہ دو برابر حصوں میں کاٹ دیا جائے تو یہ منظر آہستہ آہستہ رونما ہوتا ہوا دکھائی دیگا۔ اس کا ایک چھوٹا سا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سلعہ کی کٹی ہوئی سطح چپٹی نہیں رہتی بلکہ محدب ہو جاتی ہے۔

شکل ۴۳،۲۔ سلعہ لیفیہ (Fibroid Tumour) کے عناصر ترکیب (اعلیٰ طاقت سے)۔ شکل کے زیریں نصف حصہ میں سادہ عضلہ کے ڈنڈے کی طرح کے نواتات کے بنڈل موجود ہیں جو متوازی مستویوں میں مرتب ہیں۔ اوپر کی طرف اتصالی بافت کے تکلہ نما اور ستارہ نما نواتات دکھائی دیتے ہیں جو مختلف مستویوں پر کٹے ہوئے ہیں۔

خردبینی مناظر۔ سلعاتِ لیفیہ (فائبرائڈس) سادہ عضلہ اور سفید لیفی بافت پر مشتمل ہوتے ہیں جن کا تناسب اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ خردترین سلعات بتمامہ عضلی ریشوں سے مرکب ہوتے ہیں، اور ان کو صحیح طور پر مائیومیٹا (عضلی سلعات) کے نام سے موسوم کیا جا سکتا ہے۔ جب ان کا قطر ۱ سمر ہو جاتا ہے تو ان میں لیفی بافت کی ایک معتد بہ مقدار موجود ہوتی ہے،

اور اس لئے ان بالیدوں کو فائبرومائیوما (لیفی عضلی سلعہ) یا فائبرائڈ (سلعہ لیفیہ یا لیفی آسا سلعہ) کے نام سے تعبیر کرنا صحیح ہے۔ سادہ عضلی ریشوں کے نواتات چھوٹے چھوٹے، موٹے، سیدھے اور گول سروں والے اور کسی قدر ٹیڑھے ڈنڈوں کے سے ہوتے ہیں۔ لیفی بافت کے خلیات کے نواتات تکلہ نما اور خمیدہ ہوتے ہیں اور عضلی نواتات کی نسبت زیادہ لمبے اور زیادہ نازک ہوتے ہیں

459

شکل ۴۲۔ سلعہ لیفیہ (Fibroid Tumour) کا کیسہ (ادنیٰ طاقت)۔

(دیکھو شکل ۴۳، ۴۲)۔ اگر عبوری تراش کو دیکھا جائے تو اتصالی بافت اور عضلی بافت میں فرق کرنا آسان نہیں جب تک کہ وان گیسن کا تفریقی تو شیہ نہ کیا جائے جس سے عضلہ زرد ہو جاتا ہے اور لیفی بافت گلابی رنگ اختیار کر لیتی ہے (دیکھو صحیفہ ۱، صفحہ 25)۔ عضلی اور اتصالی بافتوں کے مخلوط ریشے چھوٹے چھوٹے بنڈلوں میں مرتب ہوتے ہیں، جو ایسے منحنیوں میں متشابک ہوتے ہیں جن کا رُخ مختلف ہوتا ہے، اور اس طرح ایک مدوری ترتیب پیدا ہو جاتی ہے جو شکل ۴۲ میں

دکھائی گئی ہے اور اکثر خالی آنکھ سے نظر آتی ہے۔ سخت سلعہ لیفیہ میں خرد بین کے ایک ہی میدان میں ادنیٰ تکبیر سے عروق کی جو تعداد دکھائی دیتی ہے وہ بہت کم ہوتی ہے۔ ان میں سے اکثر شعری قسم کے ہوتے ہیں لیکن بڑے بڑے عروق بھی پائے جاتے ہیں جن کی دیواریں موٹی موٹی ہیں۔ بعض سلعاتِ لیفیہ کی بستگی نرم ہوتی ہے اور یہ زیادہ عروق دار ہوتے ہیں، اور میدانِ خردبین میں بخوبی نمو یافتہ شریانوں کی بہت بڑی تعداد دکھائی دیتی ہے۔ گاہے گاہے یہ عروقیت انتہا کو پہنچ جاتی ہے، اور سلعہ عروقِ خون اور اجوافِ خون سے نفوذ یافتہ ہوتا ہے۔ ان سلعات کو فرکونے ٹیلنجی ٹیکٹے ٹک فائبرائڈس (telangiectatic fibroids) یعنی صغیر عروقی اتساعی سلعاتِ لیفیہ کے نام سے تعبیر کیا ہے۔ یہ نرم عروق دار بالیدیں مذکورہ بالا تین اقسام میں سے کسی ایک سے تعلق رکھتی ہیں اور اکثر کیسہ دار نہیں ہوتیں۔ سلعہ لیفیہ کا کیسہ یا مہادِ سلعی بافت سے تین امور میں اختلاف رکھتا ہے۔ (۱) اس کی بناوٹ بہت زیادہ ڈھیلی ہوتی ہے، اور یہ زیادہ تر عضلی اور لیفی بافتوں کے متوازی بنڈلوں سے مرتب ہوتا ہے، (۲) اس میں عروق کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جن میں سے بعض شریانیں اور اکثر شعری عروق اور وریدیں ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۴، ۲)، عضلی اوراق (مسل لیمینی) اکثر لمفی فضاؤں سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔

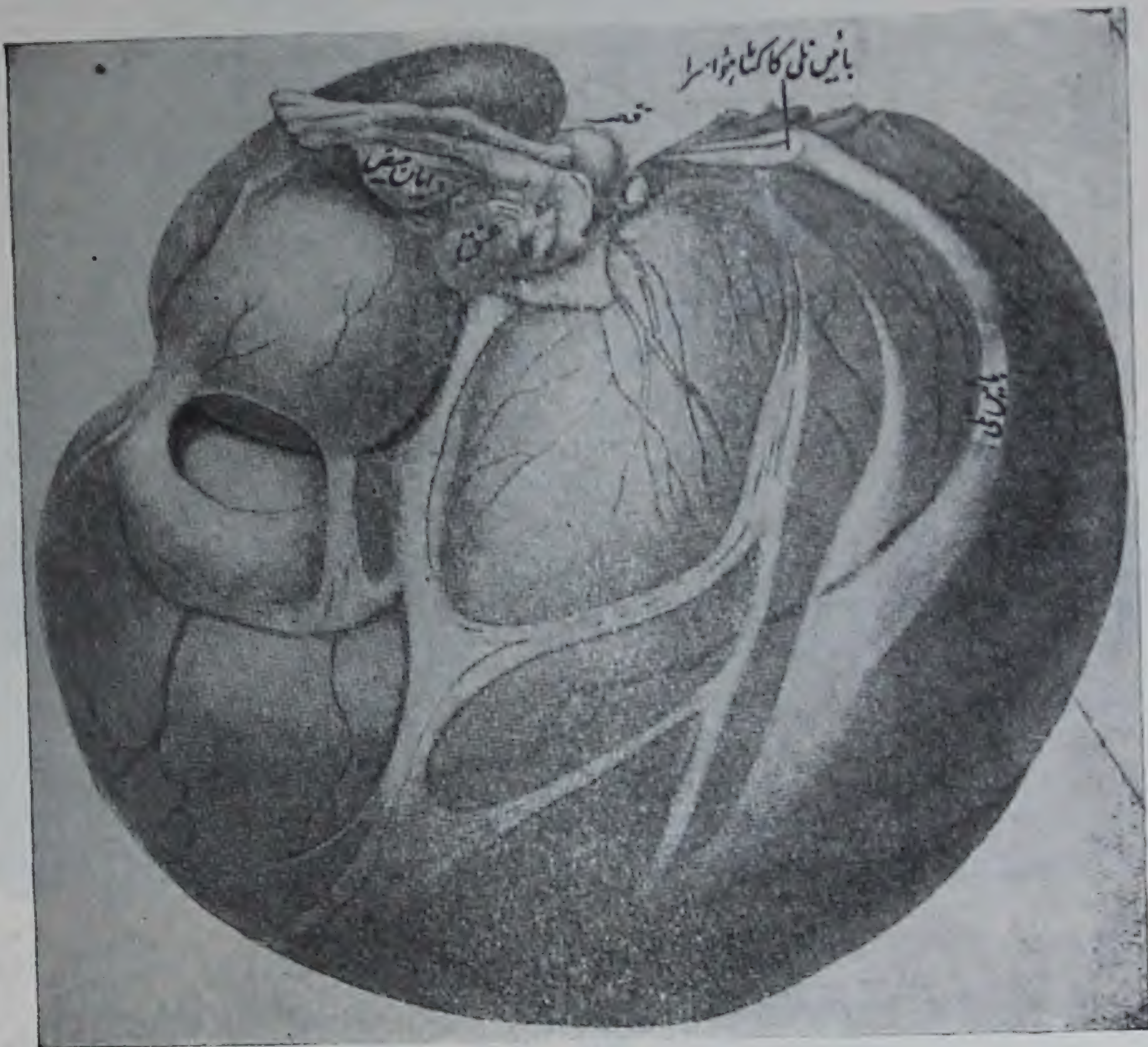
سلعہ لیفیہ کے تینوں اقسام کے خواص کا ذکر اب زیادہ تفصیل سے کیا جا سکتا ہے۔

سب پیریٹونیئل (سب سیرس) فائبرائڈس یعنی تحت باریطونی (تحت مصلی) سلعاتِ لیفیہ۔ یہ سلعات تقریباً ہمیشہ متعدد ہوتے ہیں اور ان کی جسامت بعض اوقات بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ کیونکہ تحت باریطونی سلعاتِ لیفیہ بڑھنے کے لئے زیادہ آزاد ہوتے ہیں اس لئے یہ دوسرے اقسام کی نسبت زیادہ بڑے ہو جاتے ہیں۔ اگر انحطاطی تغیرات کا خیال نہ کیا جائے تو سلعاتِ لیفیہ کے بڑے سے بڑے نمونے اسی قسم سے تعلق رکھتے ہیں۔ شکل ۵، ۲ اس قسم کی مثال کو بخوبی ظاہر کرتی ہے۔ اس میں یہ دکھایا گیا ہے کہ رحم بذاتِ خود زیادہ کلانی یافتہ نہیں اور سلعات کے تودہ کے مرکز میں واقع ہے۔ دائیں طرف دو تحت باریطونی بالیدیں ہیں جو بے ساقچہ ہیں اور جن کی سطح ہموار ہے۔ بائیں طرف ایک تنہا ساقچہ دار بڑی بالید ہے جس کی سطح پر بخوبی نمایاں کر بیچے دکھائی دیتے ہیں، اور یہ دوسری جانب کی بالیدوں سے بالکل مختلف ہے۔ دائیں قرن کے نزدیک دو اور بالیدیں ہیں جو ان سے چھوٹی ہیں۔ ان میں سے

مقدم بے ساقچہ اور ہموار، اور موخر ساقچہ دار اور کربیچی ہے۔
جب تک کہ التہابی تغیرات واقع نہ ہو جائیں تحت باریطونی لیفیہ کا غلاف سلعہ سے تحت مصلی اتصالی بافت کی صرف ایک پتلی سی تہ ہی سے چپکا ہوتا ہے، لہٰذا اشگاف دیکر اسے

شکل ۵،۲۔ سلعہ لیفیہ متعدد، وزن ۷ پاؤنڈ۔ عدیم الولادت، عمر ۴۹۔ بڑے کربیچی لیفیہ کا ساقچہ ۲ انچ لمبا تھا۔ رحم میں گروش واقع ہو گئی ہے جس سے دایاں قرن سامنے آگیا ہے۔

بآسانی اتارا جا سکتا ہے۔ رسد خون زیادہ تر جیبید گی رحم سے آتی ہے اور اکثر قلیل ہوتی ہے۔ یہ سلعات دوسری دونوں اقسام کی نسبت عموماً کم عروق دار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان کی اصلی رسد خون کسی خارج الرحم منبع سے آتی ہے، اور یہ اکثر و بیشتر ترب ہوتا ہے۔ کلن (Cullen) نے ایک رحمی لیفیہ کا ذکر کیا ہے جو علیحدہ ہو کر ترب بافت پر پڑا ہوا تھا،

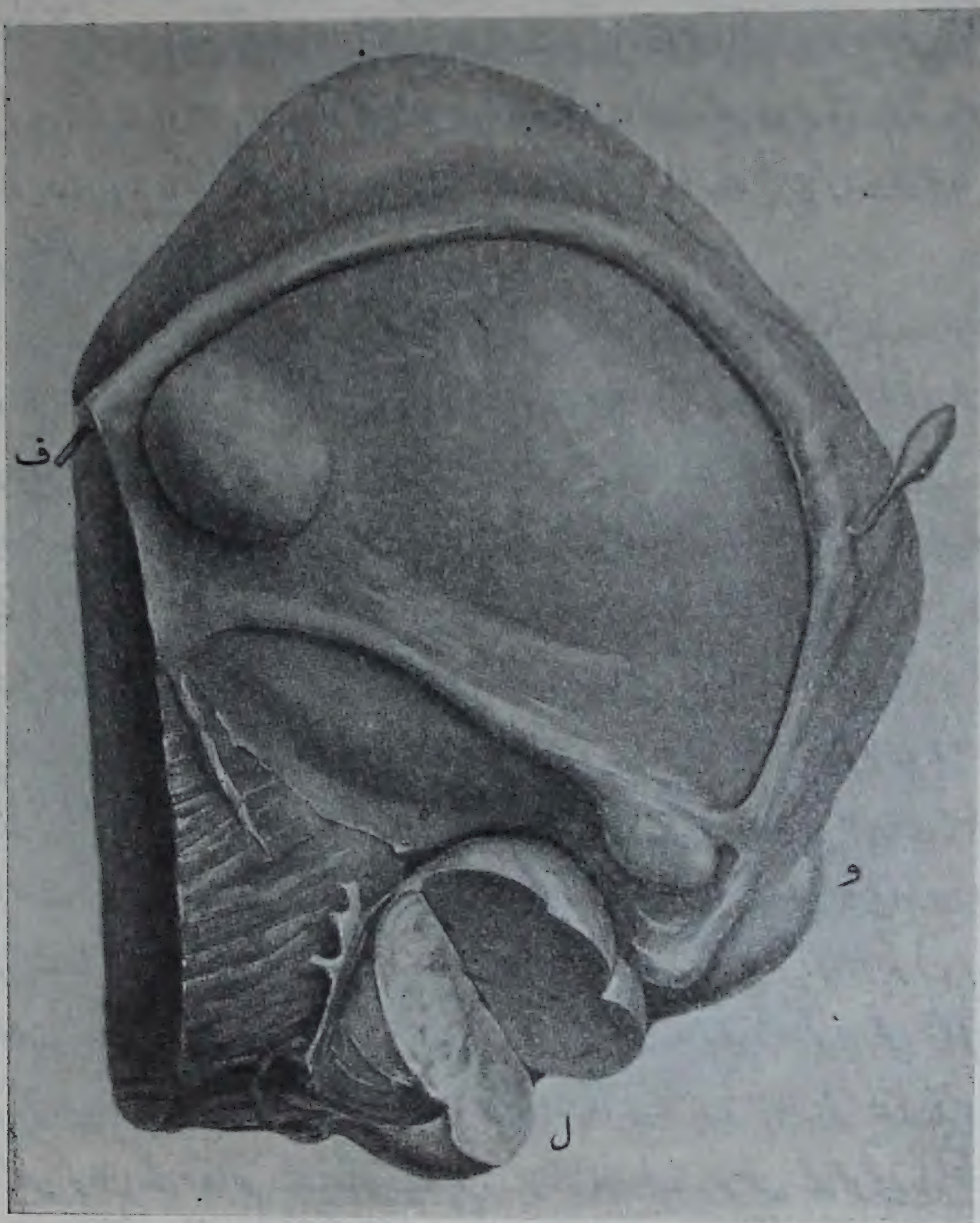
اورہم میں سے بھی ایک نے اسی طرح کی ایک حالت کا انکشاف کیا تھا۔ اس مثال میں سلعہ ثرب سے
چسپیدہ ہونے کے علاوہ شکم کی مقدم دیوار کے باریطون سے بھی چسپیدہ تھا، اگرچہ رحم سے
اس کا کوئی تعلق نہیں تھا۔ کلن نے ایسی علیحدہ شدہ بالیدوں کو "پیراسٹک فائبرائڈس" ("طفیلی
سلعاتِ لیفیہ") کے نام سے موسوم کیا ہے۔ بعض اوقات ان کا ساقچہ جس سے یہ رحم سے چسپیدہ ہوتے ہیں،

شکل ۲۷۶۔ کلاں پس باریطونی لیفیہ (ریٹروپیریٹونیئل فائبرائڈ)، وزن ۳۰ پاؤنڈ۔
عدیم الولادت، عمر ۵۵۔ یہ سلعہ دو غیر مساوی لختوں پر مشتمل ہے۔ ان کے درمیان رحم واقع
ہے جو صرف خفیف سا کلانی یافتہ ہے۔ بڑے لختہ نے بائیں رباطِ عریض کو پھیلا دیا ہے اور اسکے
اوپر نلی تن گئی ہے۔ بائیں نلی رحم کے پاس سے کاٹ دی گئی ہے۔

موٹا اور بھرا ہوا ہوتا ہے اور اس میں بڑے بڑے عروق پائے جاتے ہیں۔ نسیجیاتی نقطۂ نظر سے تحت باریطونی

سلعاتِ لیفیہ کا تقریباً تمام جسم لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جس میں وسیع زجاجی اور ودیری تکون عام طور پر پایا جاتا ہے۔

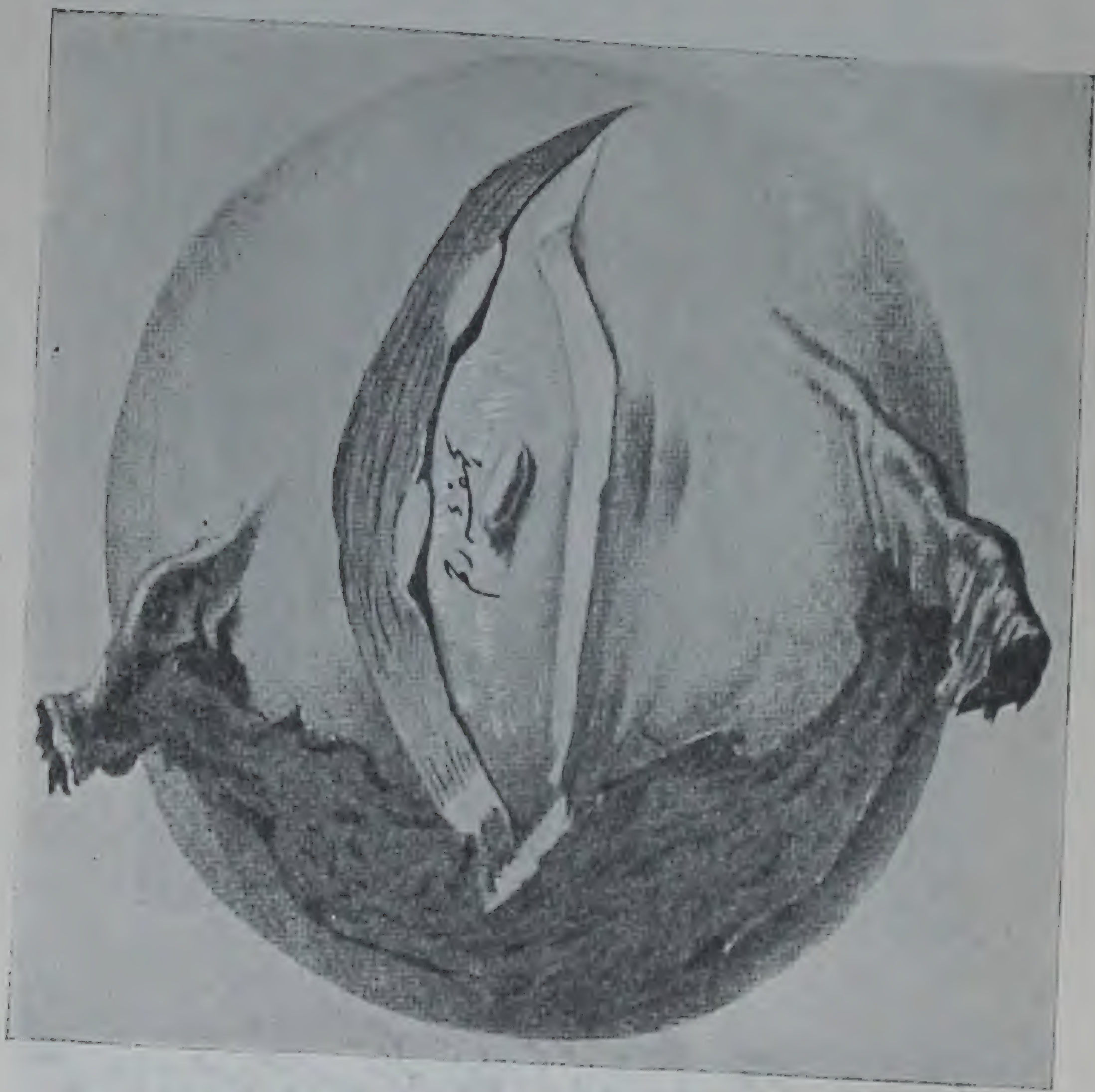
تحت باریطونی سلعاتِ لیفیہ کی جسامت جب بڑی ہو جاتی ہے تو یہ حوض کی گگر سے اوپر اٹھ کر کہفہ شکم میں داخل ہو جاتے ہیں، اور جب ان کی جسامت چھوٹی ہوتی ہے تو یہ حوض ہی میں رہتے ہیں جہاں یہ یا تو ڈگلس کی جیب میں پڑے رہتے ہیں، یا اسے منسع کر دیتے ہیں، یا یہ مثانہ کے قعر پر متمکن رہتے ہیں۔

ریٹرو پیریٹونئیل فائبر انڈس یعنی پس باریطونی سلعاتِ لیفیہ۔ جو سلعاتِ لیفیہ رحم کے اس حصہ سے پیدا ہوتے ہیں جس پر باریطونی غلاف نہیں ہے، مثلاً جانبی دیواریں اور مقدم دیوار کا وہ حصہ جو باریطون کے انعکاس سے نیچے ہے، وہ باریطون کے نیچے بڑھتے رہتے ہیں، اور جب ان کی جسامت بڑی ہو جاتی ہے تو یہ حوض کے طبعی تعلقات میں بڑی بڑی تبدیلیاں پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح جب یہ رباطِ عریض کی تہوں کے درمیان سے گذرتے ہیں تو یہ اس ساخت کو پہلے متمدد کر دیتے ہیں (دیکھو شکل ۲،۶)۔ جب یہ جانب کی طرف بڑھتے ہیں تو یہ اس باریطون کو اوپر اٹھا دیتے ہیں جس سے حوض کی دیوار پوشیدہ ہوتی ہے، اور حوضی قولون یا سینی عوجہ (سگمائڈ فلیکسور) کی ماساریقا کو کھول دیتے ہیں اور اس طرح معائے کبیر کا یہ حصہ سلعہ کی سطح پر براہِ راست واقع ہوتا ہے۔ دائیں جانب پر یہ بعض اوقات اسی طرح اعور اور زائدہ دودیہ کے پیچھے چلے جاتے ہیں۔ پیچھے کی طرف گذر کر یہ ڈگلس کی جیب کے فرش کو سیکرل پرومنٹوری (عجزی طنف) کے لیول تک اوپر اٹھا دیتے ہیں، اور آگے کی طرف بڑھ کر یہ رحمی مثانی جیب کو منطمس کر دیتے ہیں، مثانہ کو حوض کی گگر سے اونچا اٹھا دیتے ہیں، مبال کو مطوّل کر دیتے ہیں اور حالبین کو ان کے مقام سے ہٹا دیتے ہیں۔ جو سلعاتِ لیفیہ حوض کے عمومی باریطونی تعلقات کو اس طرح بگاڑ دیتے ہیں ان کو اکثر پس باریطونی (ریٹرو پیریٹونیئل) کہا جاتا ہے۔ پس باریطونی سلعاتِ لیفیہ کی مثالیں شکل ۲،۶ اور ۲،۷ میں دکھائی گئی ہیں۔ شکل ۲،۶ میں سلعہ نے بائیں رباطِ عریض کو کھول دیا ہے، اور قلوپی نلی کو لمبا کر دیا ہے جو اس کی سطح پر سے خم کھا کر گذرتی ہے۔ دایاں رباطِ عریض اپنی نلی اور مبیض کے ساتھ غیر متاثر دکھائی دیتا ہے۔ اس سلعہ کا ایک بڑا حصہ ڈگلس کی جیب کے فرش کے نیچے پڑا تھا جو عجزی طنف (سیکرل پرومنٹوری) کے لیول تک اوپر اٹھ گیا تھا۔ شکل ۲،۷ میں ایک کلاں بالیدہ دکھائی گئی ہے جو دائیں رباطِ عریض کے اندر واقع ہے۔

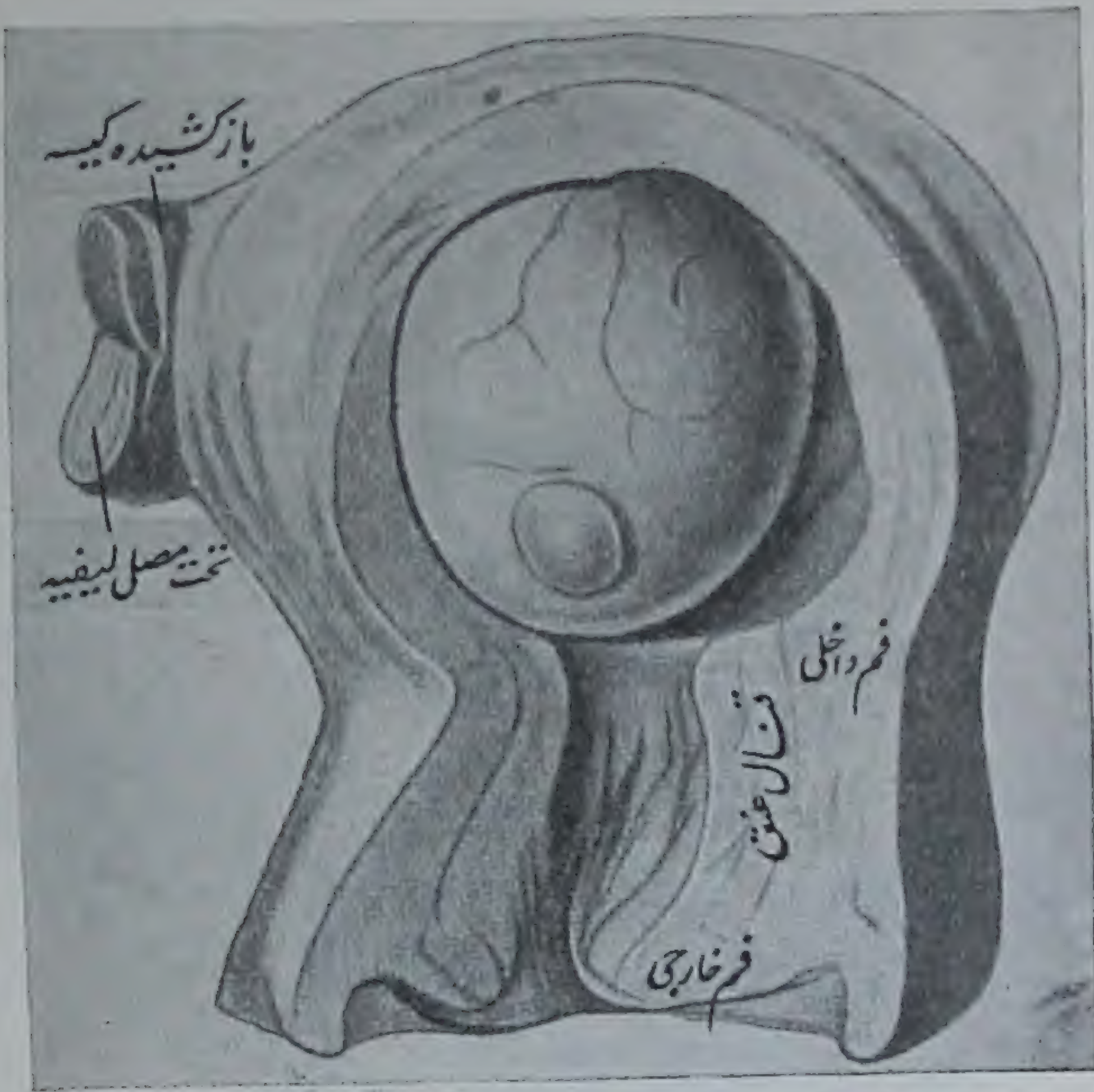
اور باریطون بالید کی چوٹی پر علیٰ حالہٖ ہے۔ چنانچہ یہ شکل ان تعلقات کی ایک عمدہ تصویر ہے جو

شکل ۲۰۔ انٹرالگیمنٹری (ریٹروپیریٹونیئل) فائبرائڈ یعنی دروں رباطی (پس باریطونی) لیفیہ، دائیں جانب کا۔ ف فلوپی نلی جس میں ایک بال گذار دیا گیا ہے۔ مبیض جو اپنے مطول رباط سے چپیدہ ہے حرف و سے ایک انچ اندر کی جانب واقع ہے۔ ل بڑے لیفیہ سے ایک چھوٹا لخنۂ پیدا ہوگیا ہے۔

463

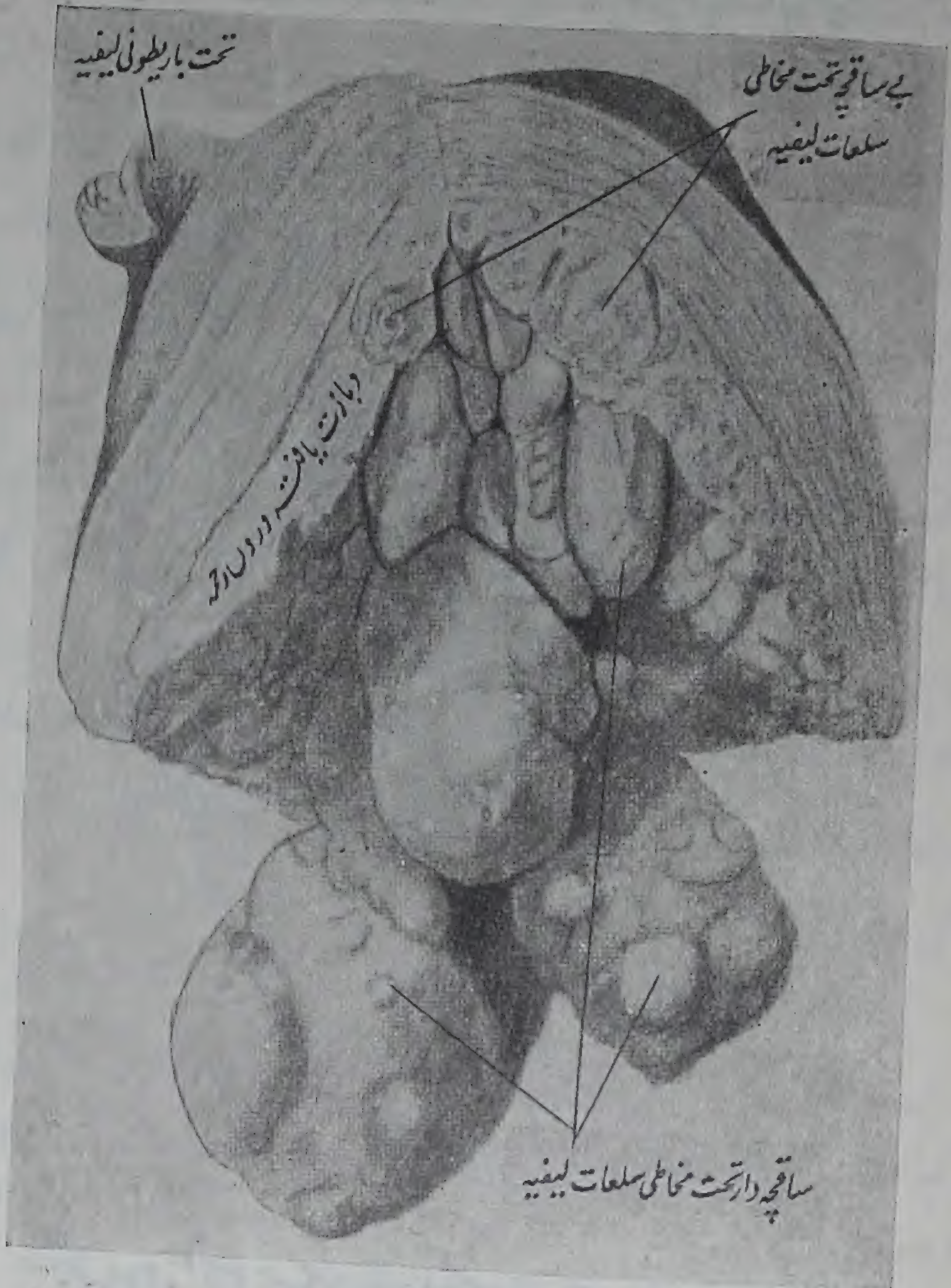
عملیہ سے پہلے دکھائی دیتے تھے جب یہ بالیدیں حالبین کو اپنے محل سے ہٹادیتی ہیں تو کسی ایک حالب کے مضغوط ہوجانے کا امکان ہوتا ہے جس سے گردہ مذبول ہوجاتا ہے، یا حالب متسع ہوجاتا ہے یا استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) واقع ہوجاتا ہے۔

انٹرسٹیشیئل فائبرائڈس (رخنی سلعاتِ لیفیہ)۔ یہ سلعات بالعموم چھوٹے چھوٹے یا صرف متوسط جسامت کے ہوتے ہیں، لیکن ایک مجرد کلاں دروں دیواری سلعہ لیفیہ جو رحم کی مقدم

شکل ۲۷۸۔ انٹرسٹیشیئل فائبرائڈ ٹیومر (رخنی سلعہ لیفیہ) رحم کی مقدم دیوار میں۔ عدیدالولادت، عمر ۶۲۔ رحم اور لیفیہ کی شکل ایک بڑے گلوبچی شکل کے سلعہ کی سی ہے۔

یا موخر دیوار میں واقع ہوتا ہے ہرگز قلیل الوقوع نہیں۔ یہ رحم کی شکل کو کم بگاڑتے ہیں، اور تحت باریطونی سلعاتِ لیفیہ کے مقابلہ میں حوض کے عمومی تعلقات میں کم خلل پیدا کرتے ہیں۔ رحم کی جو کلانی اِن سے پیدا ہوتی ہے وہ خاصی متشاکل ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۷۸) لیکن کہفہ رحم کی

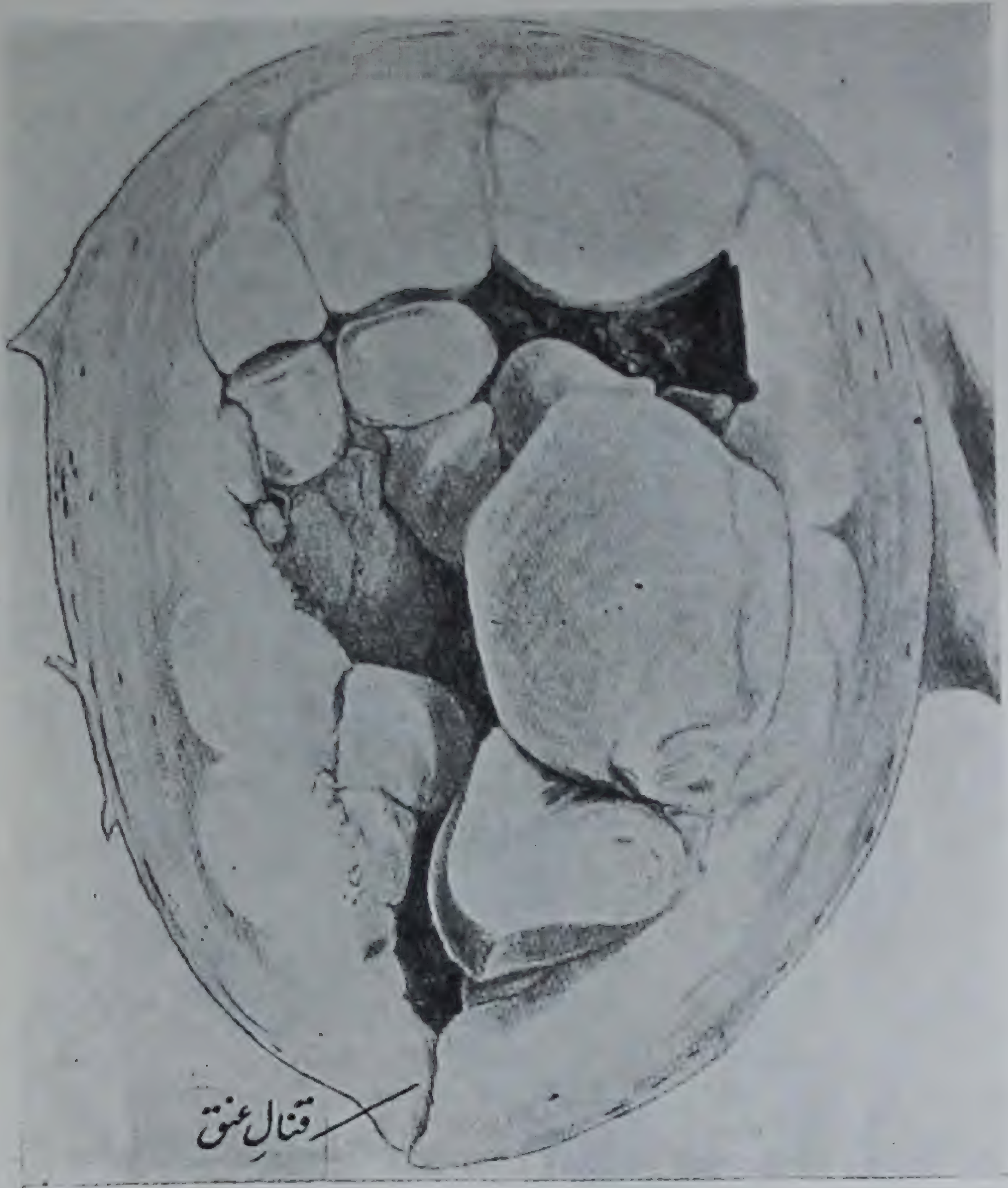
شکل میں کم و بیش تطوّل اور بدشکلی عام طور پر موجود ہوتی ہے۔ یہ مقدم اور موخر دیواروں اور قعر میں واقع ہوتے ہیں۔ مجرد سلعاتِ لیفیہ عموماً زخنکی قسم کے ہوتے ہیں، لیکن اس عام قاعدہ کا اطلاق کہ سلعاتِ لیفیہ متعدد ہوتے ہیں زخنکی قسم پر بھی ہوتا ہے۔ یہ اکثر کئی ایک ہوتے ہیں اور بیشتر مثالوں میں یہ تحت باریطونی یا تحت مخاطی یا دونوں قسم کی بالیدوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں

شکل ۲۷۹۔ سیسائیل سب میوکس فائیبر ائڈ ٹیومر (بے ساقچہ تحت مخاطی سلعہ لیفیہ) (چیرنگ کراس ہاسپیٹل میوزیم)۔ عدیم الولادت، عمر ۱۵۔ سلعہ شکل میں گلو بچی ہے اور کلانی یافتہ کہفہ رحم کو پر کئے ہوئے ہے۔

سب میوکس فائیبر ائڈس (تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ)۔ ان سلعات کی جسامت عام طور پر نسبتہً چھوٹی ہوتی ہے، اور شکل میں یہ بالعموم کروی یا بیضہ نما ہوتے ہیں، اور قدرتی صورتِ حالات کے تحت ان کا رجحان سعدانہ نما بن جانے کی طرف ہوتا ہے۔ کہفہ رحم میں مداخلت کرنے سے یہ اجسام غریبہ کی طرح فعل کرتے ہیں جس سے طبعی حیضی انقباض میں اضافہ ہوجاتا ہے،

یا بین حیضی وقفوں میں انقباضات کو تحریک پہنچتی ہے، اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ سلعہ خارج ہوتے ہوتے سعدانہ نما ہو جاتا ہے۔ جو سلعاتِ لیفیہ باریطونی جانب پر ابھرے ہوتے ہیں ان سے یہ اثر پیدا نہیں ہوتا۔

شکل ۲۸۰۔ اس رحم میں سب میوکس فائبرائڈ یوٹرس (تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ) کی تعداد غیر معمولی طور پر زیادہ ہے۔ ان میں سے بعض بے ساقچہ ہیں، اور بعض سعدانہ نما۔ عدیم الولادت، عمر ۳۰۔ درون رحمہ بے حد دبازت یافتہ ہے اور جابجا سعدانہ نما ہے۔

تحت مخاطی سلعات اکثر مجرد ہوتے ہیں، اور اس حیثیت سے یہ رحم میں متشاکل کلانی پیدا کرتے ہیں،

اور کہفۂ رحم کو متمدد کر دیتے ہیں جیسے یہ سبیکہ کی طرح پڑ کر تے ہیں (نام نہاد "کاسی کروی" لیفیہ) (دیکھو شکل ۲۷۹)۔ بہرکیف یہ بعض اوقات متعدد بھی ہوتے ہیں، اور ایسی حالتوں میں ایک ہی رحم میں عملِ خروج کے مختلف مدارج دیکھے جا سکتے ہیں، یعنی بعض عضلیہ میں جزوی طور پر مدفون

465

شکل ۲۸۱ - ملٹیپل سب میوکس فائیبر اُئڈ یومرس (متعدد تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ)۔ عدیم الولادت، عمر ۳۱ - اس رحم میں ساٹھ علیحدہ علیحدہ سلعاتِ لیفیہ تھے جن میں سے بیشتر تحت مخاطی تھے۔ یہ کہفۂ رحم میں ٹھنسے ہوئے تھے، اور ان کی شکلیں ہم پہلو بالیدوں کے دباؤ کے مطابق ڈھلی ہوئی تھیں۔

ہوتے ہیں، بعض مکمل طور پر تحت مخاطی ہوتے ہیں، اور بعض نمایاں طور پر سعدانہ نما ہوتے ہیں۔ شاذ حالتوں میں یہ اس قدر کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور کہفۂ رحم میں اس طرح جمع ہوتے ہیں کہ یہ ایک

دوسرے کے دباؤ سے مرارہ کے روئنگ دار حصیات کی طرح کثیر الاضلاع بنجاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۸۱)۔ تحت باریطونی بالیدوں کی طرح تحت مخاطی لیفیات کی سطح بھی عام طور پر ہموار ہوتی ہے لیکن بعض اوقات یہ کریچی بھی ہوتے ہیں جیسا کہ شکل ۲۸۰ سے ظاہر ہے۔

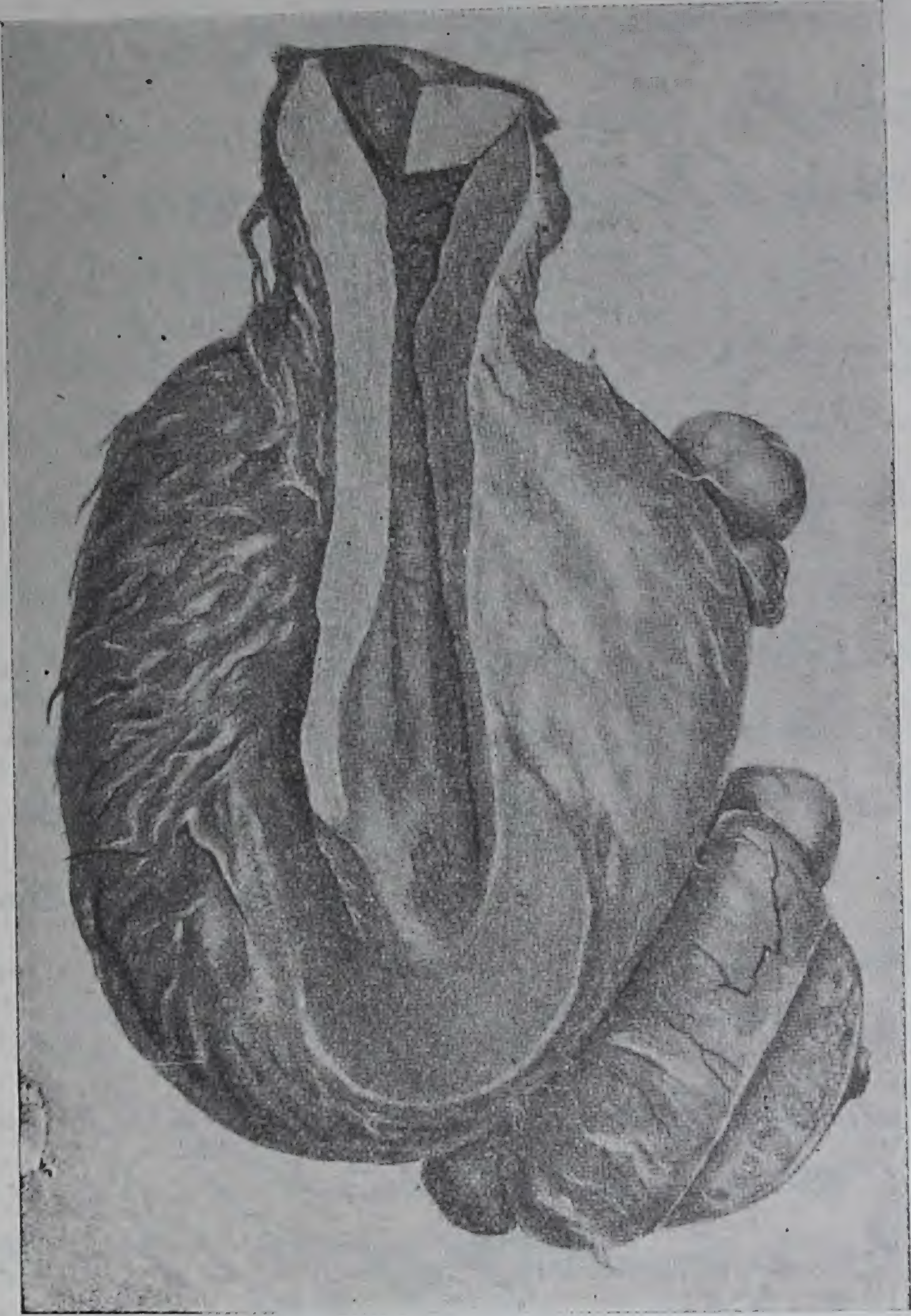
تحت مخاطی لیفیات سعدانہ نما بننے کے لئے اپنے مہاد سے نکل جاتے ہیں اور اس

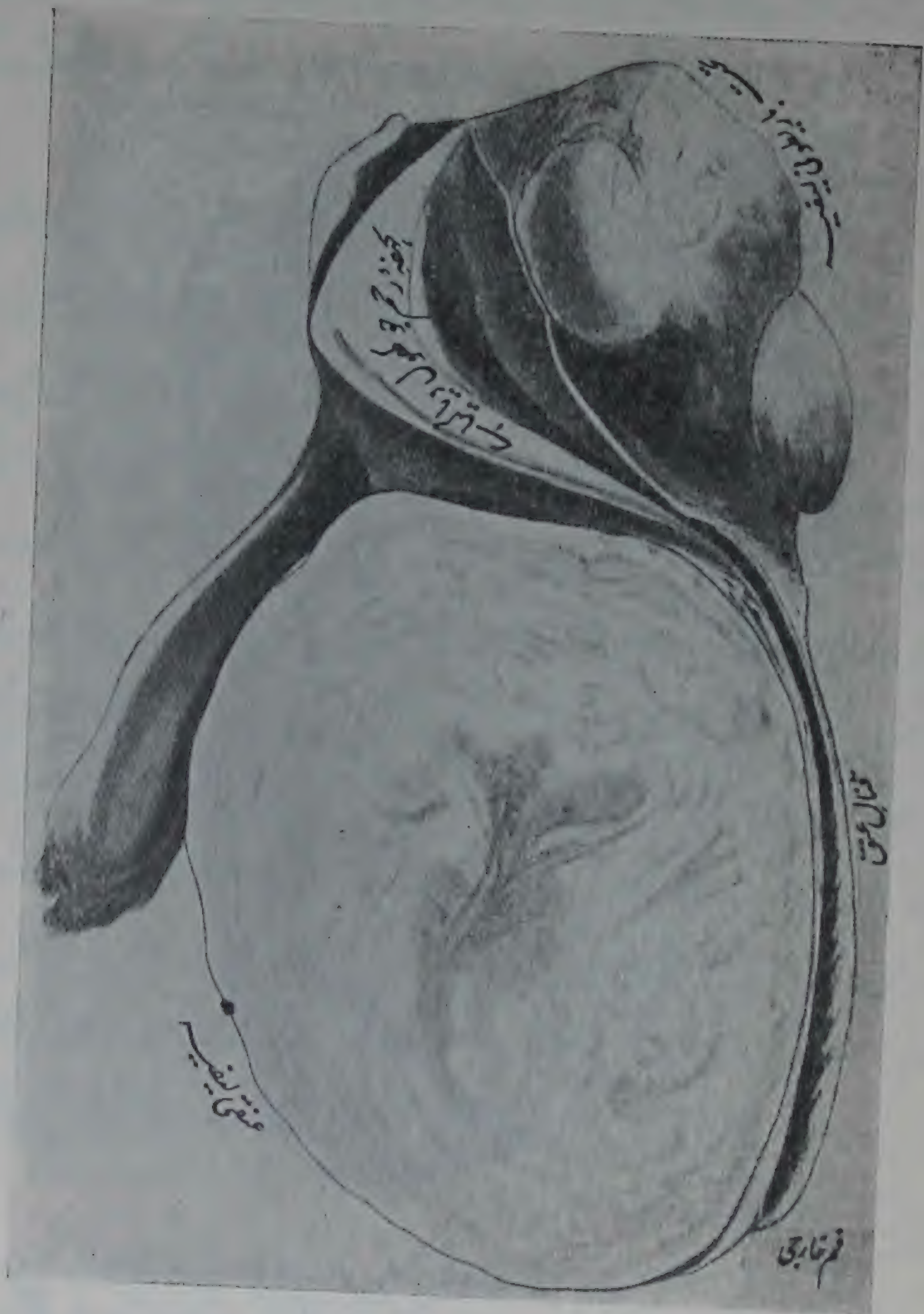
466

حالت میں یہ دروں رحمہ سے بلاواسطہ پوشیدہ ہوتے ہیں۔ ساقچہ کے بننے کے لازمی مدارج یہ ہیں۔ کیسہ کا بتدریج ڈھیلا ہونا اور اس کے بعد انقباضاتِ رحم کی وجہ سے ان کا اپنے مہاد سے خروج۔ جب ساقچہ بننے کا عمل مکمل ہوجاتا ہے تو یہ دروں رحمہ کی ایک پوشش پر مشتمل ہوتا ہے جسکے اندر لیفی عضلی تحبیل (fibro-muscular core) ہوتی ہے جو کیسہ کے قاعدہ کے بقیہ حصہ کی قائم مقام ہوتی ہے۔ اس کی موٹائی شاذونادر ہی $\frac{1}{2}$ انچ سے زائد ہوتی ہے۔ ڈنڈی کے راستہ سے لیف آسا سعدانہ میں نسبتہً کم عروق داخل ہوتے ہیں، اور اسکی زیادہ تر رسد خون دروں رحمہ سے آتی ہے جو اسکی پوشش ہوتا ہے۔ لہٰذا جب سعدانہ کو دور کردینے کیلئے ساقچہ کو کاٹا جاتا ہے تو نزف واقع نہیں ہوتا اور اگر کبھی واقع ہوتا بھی ہے تو بہت کم، جسکی وجہ یہ ہے کہ اسکے اندر کے عروق چھوٹے ہوتے ہیں اور کٹے ہوئے عضلی اور لچکدار ریشوں کی بازگشتی سے خود بخود بند ہوجاتے ہیں۔

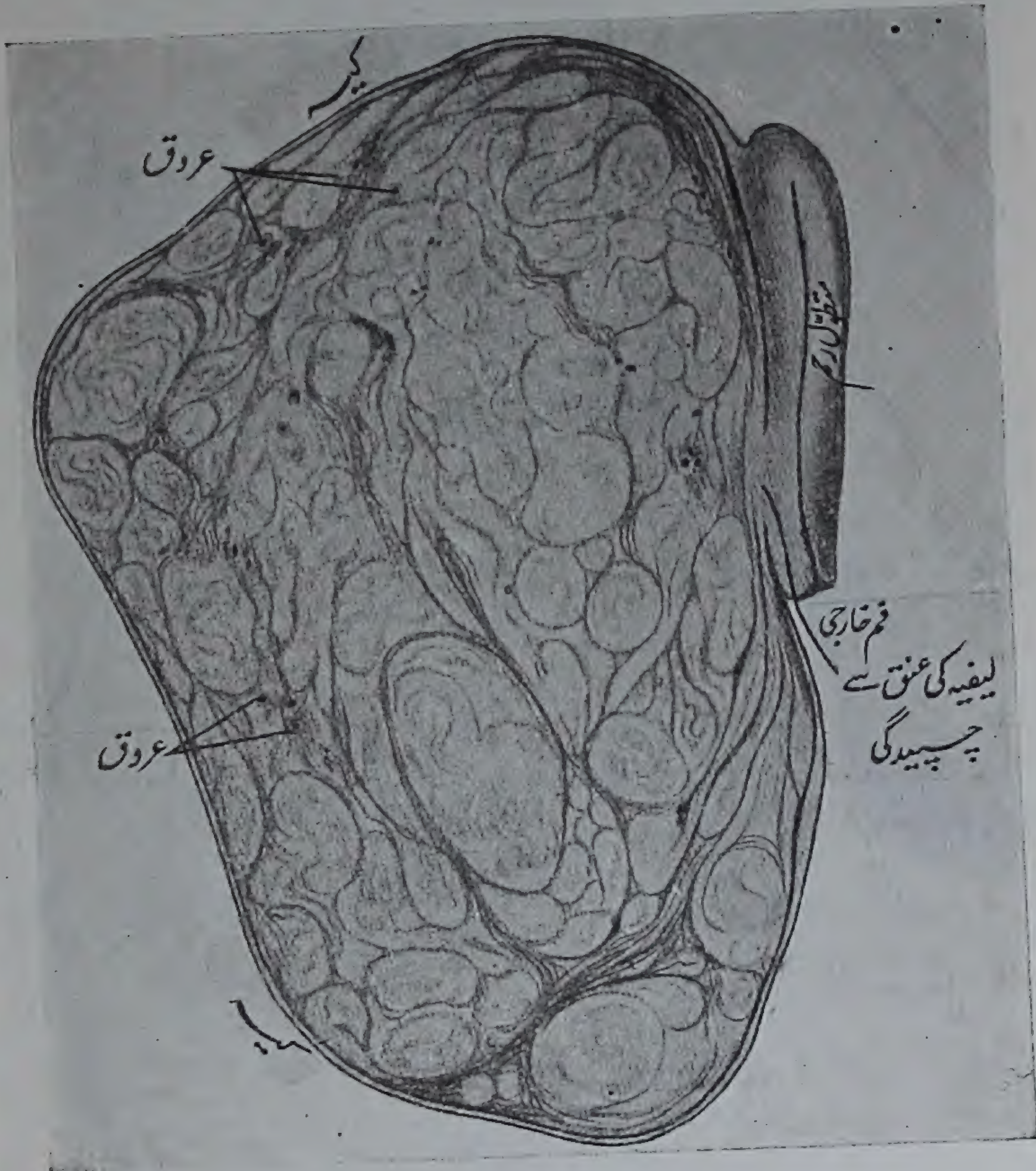
لیف آسا سعدانے (fibroid polypi) اکثر عنق میں سے خارج ہوکر مہبل میں آجاتے ہیں، اور قنالِ عنق اسی طرح متسع ہوتی ہے جیسی کہ یہ وضعِ حمل یا اسقاط میں ہوتی ہے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ رحم کے انقباضات اس عمل میں بہت اہم حصہ لیتے ہیں، اور سعدانہ میکانی موسّع کا کام دیتا ہے، اور جو فعل "قطبیتِ رحم" (''uterine polarity'') کے نام سے موسوم ہے وہ بھی اس نتیجہ کے پیدا کرنے میں بعض اوقات مدد دیتا ہے۔ اس عمل کے دوران میں ساقچہ طویل ہوجاتا ہے، اور ڈنڈی کا ۱ یا ۲ انچ لمبا ہوجانا شاذ نہیں ہے۔ ایسا سلعہ بعض اوقات واقعی مورجِ فرج پر نمودار ہوجاتا ہے۔ کبھی کبھی زمانۂ نفاس میں ساقچہ کے الگ ہوجانے سے سعدانہ رحم سے بالکل علیحدہ ہوجاتا ہے، مگر دیگر صورتِ حالات میں اس قسم کی علیحدگی نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ اگر سلعہ چھوٹا ہو تو یہ مہبل سے خود بخود خارج ہوجاتا ہے، اور اگر یہ محبوس رہے تو سرائت زدہ ہوجاتا ہے، اور اغثاث واقع ہوجاتا ہے۔

جو سعدانے عنق سے باہر نکل آتے ہیں ان میں تنخر اور سرائت کے خاص طور واقع ہونے کا

امکان ہوتا ہے۔ بعض اوقات رگڑ یا کسی دوسرے تضرر سے مخاطی غلاف میں سطحی تقرح واقع ہوجاتا ہے

شکل ۲۰۲۔ زخنکی (صادق) عنقی لیفیہ [Interstitial (true) Cervical Fibroid Tumour] جیسا کہ یہ سامنے سے دکھائی دیتا ہے۔ باکرہ عمر ۴۳۔ رحم کا جسم سلعہ کی چوٹی پر واقع ہے۔ قنالِ عنق متطول اور فم خارجی متمدد ہے۔ بائیں جانب پر بالید کے ثانوی لخنے دکھائی دیتے ہیں۔ بایاں حالب اصلی سلعہ اور نیچے کے لختہ کے درمیان کی تجویف میں گہرائی میں واقع تھا۔

جس سے خطرناک نزف پیدا ہو سکتا ہے۔ جو سعدانے اس محل پر کچھ عرصہ رہتے ہیں ان پر بعد تکوین

شکل ۲۸۳۔ رخنی (صادق) عنقی لیفیہ [Interstitial (true) Cervical Fibroid Tumour] جو مقدم موخر رخ میں کاٹا گیا ہے۔ عدیم الولادت عمر ۳۲۔ قنالِ عنق اپنے مقام سے ایک طرف کو ہٹ گئی ہے اور زیادہ لمبی ہوگئی ہے (۳ ۳/۴ انچ) جسم رحم سلعہ کے اوپر مرتفع ہوگیا ہے۔

(بیٹا پلیزیا) سے مطبق سر حلمہ کا ایک غلاف بن جاتا ہے جو دیوارِ مہبل کے غلاف کے مشابہ ہوتا ہے۔

اس طرح یہ تعفن اور سرائت دونوں سے محفوظ رہتے ہیں۔
جب سعدانہ عنق میں سے گذر چکتا ہے تو اس کی قنال پانچہ پر بازکشیدہ ہو جاتی ہے،

شکل ۲۸۴۔ سیوڈو سروائیکل فائبرائڈ ٹیومر (Pseudo-Cervical Fibroid Tumour) یعنی کاذب عنقی لیفیہ جس کا محل دروں رباطی ہے۔ عدیم الولادت، عمر ۴۷۔ سلعہ دیوارِ رحم سے فمِ داخلی کے لیول پر ایک تنگ ساقچہ سے چسپیدہ ہے۔ رحم کا طول بڑھ گیا ہے (۴ انچ)، اور سلعہ نے اس کو ایک جانب کو ہٹا دیا تھا۔

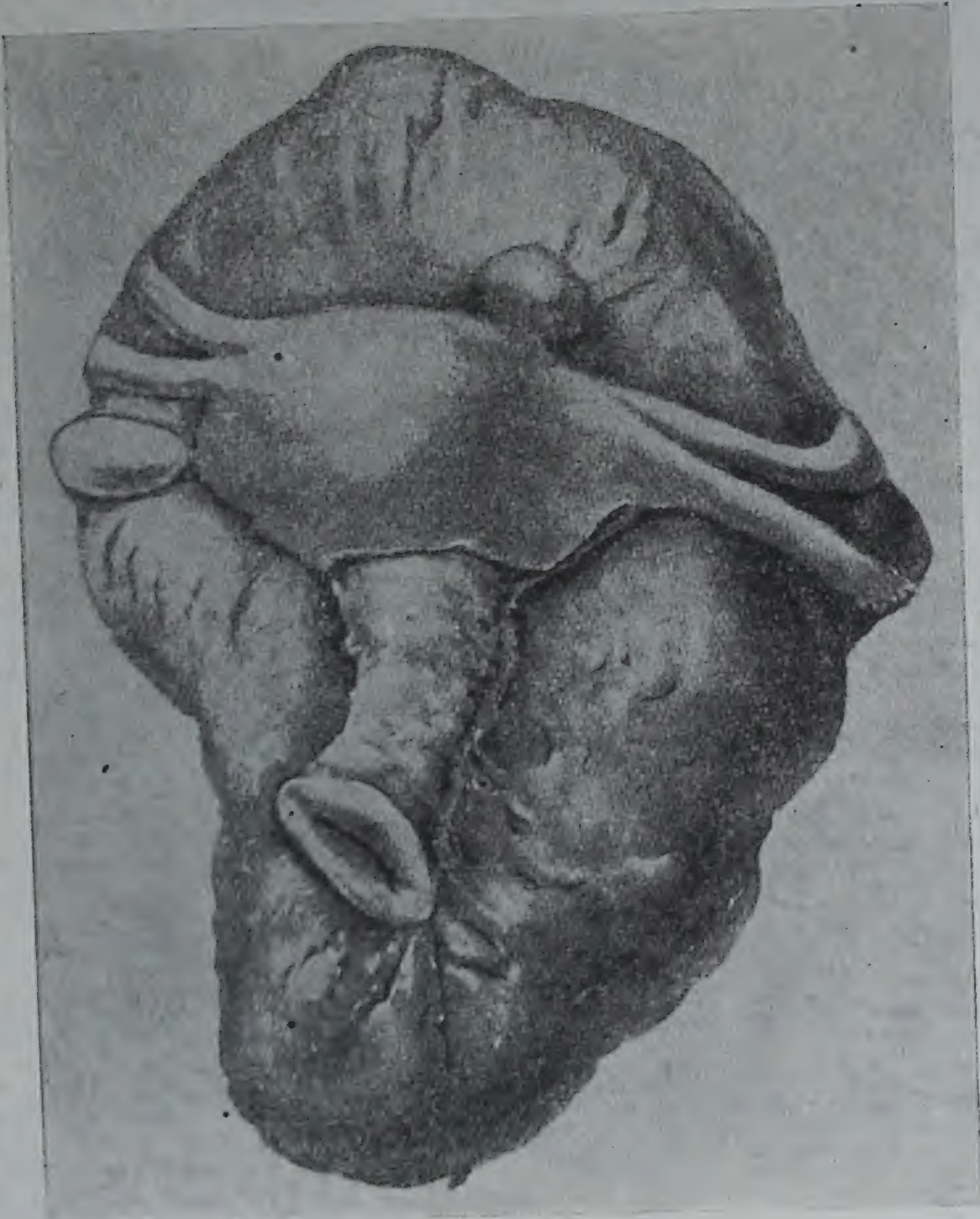
لیکن اگرچہ یہ سلعہ سے بہت چھوٹی ہوتی ہے مگر کسی قدر متسع رہتی ہے۔ جو سعدانے قعر سے

پیدا ہوتے ہیں وہ دورانِ خروج میں ارتکاسِ رحم (inversion of the uterus) پیدا کرسکتے ہیں۔ یہ ارتکاس بالعموم جزوی ہوتا ہے اور بالیدکو دور کردینے کے بعد زائل ہوجاتا ہے۔ صفحہ 586 پر رحم اور مہبل دونوں کا مکمل ارتکاس (inversion) دکھایا گیا ہے جو لیف آسا سعدانہ سے پیدا ہوا ہے، مگر یہ حالت بہت نادر الوقوع ہے۔

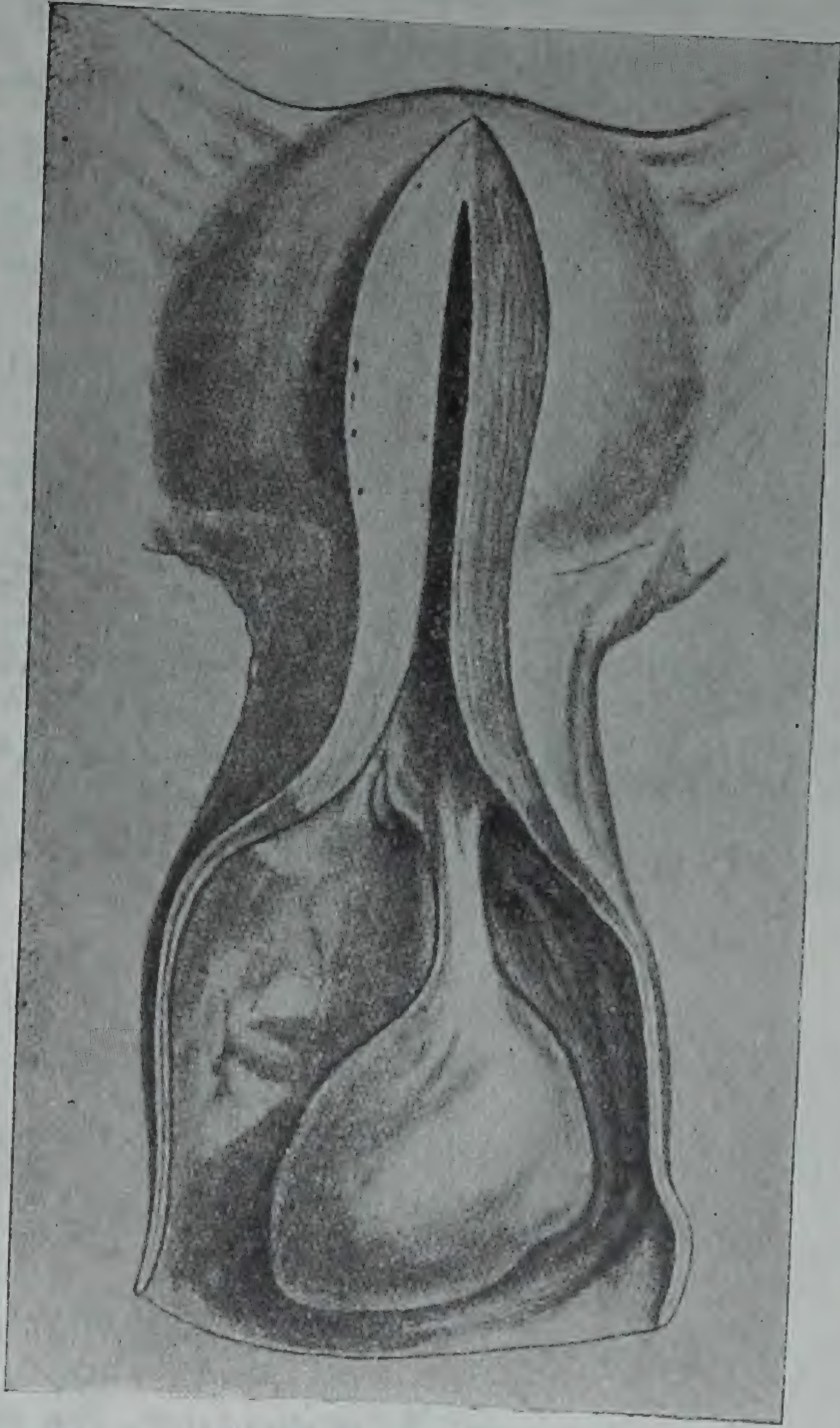
سروائیکل فائبرائڈس (عنقی سلعاتِ لیفیہ)۔ عنق میں صرف ۸ فیصدی سلعاتِ لیفیہ پیدا ہوتے ہیں، اور بقیہ جسمی ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً ہمیشہ مجرد ہوتے ہیں، اور اس اعتبار سے یہ جسمِ رحم کے سلعاتِ لیفیہ سے ایک واضح اختلاف رکھتے ہیں۔ یہ فوق مہبلی عنق میں بھی پیدا ہوتے ہیں، اور حصۂ مہبلی (portio vaginalis) میں بھی۔ قبیل الذکر میں سے بعض رخنکی (انٹرسٹیشیل) (صادق عنقی سلعاتِ لیفیہ) ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۸۲ اور ۲۸۳)، اور بعض ایک کم عریض ساقچہ سے یا چوڑے قاعدہ سے عنق کی دیوار سے چسپیدہ ہوتے ہیں، اور صحیح معنوں میں یہ پس باریطونی سلعات (کاذب عنقی سلعاتِ لیفیہ) ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۸۴ اور ۲۸۵)۔ ان دونوں قسموں کے اور خاصکر موخر الذکر کے بڑی جسامت اختیار کرنے کا امکان ہے، اور اپنے تشریحی تعلقات سے یہ قدرتاً دباؤ کے شدید علامات پیدا کرتے ہیں، اور قرب وجوار کے اعضا کو اپنی اپنی جگہ سے ہٹادیتے ہیں۔ حالب اور فوق مہبلی عنق کے قرب کی وجہ سے یہ باسانی سمجھ میں آجائے گا کہ ان سلعات سے حالب کے اپنے مقام سے ہٹ جانے یا ان سے مضغوط ہوجانے کا بھی امکان ہوتا ہے۔ رحمی شریانیں بھی عام طور پر آگے کی یا پیچھے کی طرف ہٹ جاتی ہیں۔

469

رخنکی (انٹرسٹیشیل) یا صادق عنقی بالیدیں مقدم دیوار کی نسبت موخر دیوار میں زیادہ کثرت کے ساتھ پیدا ہوتی ہیں۔ یہ قنالِ عنق کو طویل بنادیتی ہیں اور بعض اوقات یہ اس کو ایک طرف ہٹادیتی ہیں (دیکھو شکل ۲۸۳)۔ یہ بالعموم بیضوی یا کروی شکل کی ہوتی ہیں، اور جسمِ رحم ان کی چوٹی پر واقع ہوتا ہے، اور اس کی جسامت تاوقتیکہ اس میں سلعاتِ لیفیہ موجود نہ ہوں تقریباً طبعی رہتی ہے۔ تحت باریطونی یا کاذب عنقی سلعاتِ لیفیہ اکثر رباطِ عریض کے اندر واقع ہوتے ہیں اور اس کو منتسع کردیتے ہیں، اور فوق مہبلی عنق کے ساتھ ایک پتلی سی گردن سے چسپیدہ رہتے ہیں۔ یہ عموماً مکمل طور پر کیسہ بند ہوتے ہیں جیسا کہ شکل ۲۸۴ سے ظاہر ہے۔ رحم ان سے حوض کی مقابل

جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور بالعموم تطول یافتہ ہوتا ہے۔
جو سلعاتِ لیفیہ حصّۂ مہبلی (portio vaginalis) سے پیدا ہوتے ہیں ان کی

شکل ۲۸۵۔ سیوڈو سروائیکل فائبرائڈ (کاذب عنقی لیفیہ) (یعنی پس باریطونی بالیدہ) جو عنق کے سامنے کی جانب سے ایک عریض قاعدہ سے پیدا ہوئی ہے (شکل Schickele: کے مطابق)۔ اس شکل کا شکل ۲۸۴ سے مقابلہ کیا جائے جس میں سلعہ ایک تنگ ساقچہ سے عنق کی پشت سے پیدا ہوا ہے۔

جسامت بالعموم چھوٹی ہوتی ہے۔ ان کی ابتدا خفکی بالیدوں کے طور پر ہوتی ہے مگر جیسا کہ شکل ۲۸۶ میں دکھایا گیا ہے یہ اسی طرح سعدانہ نما بن جاتے ہیں جیسے کہ رحم کے سلعاتِ لیفیہ۔

رحم اور رحم کے زوائد میں مزامن تغیرات ۔ سلعاتِ لیفیہ کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ رحم یا دوسرے اعضائے حوض میں اکثر دیگر متعدد تغیرات واقع ہوتے ہیں جن کو مزامن تغیرات

شکل ۲۸۶ - فائیبرائڈ پالیپس (سعدانۂ لیفیہ) جو ایک طویل ساقچہ سے فمِ خارجی کے موخرلب سے چسپیدہ ہے (چیرنگ کراس ہاسپٹل میوزیم) ۔

کہا جاسکتا ہے کیونکہ ان کا جو تعلیلی تعلق ان سلعات کے ساتھ ہے وہ ابھی طے نہیں ہوا۔ جب صرف تحت باریطونی سلعاتِ لیفیہ ہی موجود ہوتے ہیں تو دروں رحمہ بعض اوقات بالکل غیر متاثر رہتا ہے مگر جب تحت مخاطی اور خلالی بالیدیں موجود ہوتی ہیں تو غشائے مخاطی میں تقریباً ہمیشہ نمایاں دبازت پائی جاتی ہے جو

تکاثری بیش تکون (proliferative hyperplasia) سے پیدا ہوتی ہے اور ہیکل میں یا وسیع نزفات قلیل الوقوع نہیں ہوتے۔ سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ جو علامات بالعموم موجود ہوتے ہیں ان میں سے ایک، یعنی سیلانِ ابیض، دروں رحمی تکاثری تکون کے ساتھ منسوب کیا جاسکتا ہے، اور ماہواری جریانِ خون میں جو زیادتی واقع ہوتی ہے وہ بھی کسی حد تک اسی حالت سے پیدا ہوتی ہے۔ جسمِ رحم کے سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ دروں رحمہ سے پیدا شدہ مخاطی سعدانے بھی پائے جاتے ہیں۔ (دیکھو صفحات 445 تا 453)۔

جب متعدد تحت مخاطی بالیدیں موجود ہوتی ہیں تو کہفۂ رحم بلاشبہ بہت کلاں ہوجاتا ہے جیساکہ شکل ۲۸۰ اور ۲۸۱ سے ظاہر ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں مجرد تحت مخاطی بالید سے بھی اس میں کلانی پیدا ہوجاتی ہے جیساکہ شکل ۲۷۹ سے ظاہر ہے۔ رخنگی بالیدیں کہفۂ رحم کی شکل کو بگاڑ دیتی ہیں، اور اس کو اپنے محل سے ہٹا دیتی ہیں مگر یہ لازمی طور پر اس میں کلانی پیدا نہیں کرتیں۔ بخلاف اس کے تحت باربطونی سلعاتِ لیفیہ رحم کو متسع کرنے کے بغیر ہی زیادہ طویل بنا دیتے ہیں۔ جب رخنگی قسم کے متعدد بڑے بڑے سلعات موجود ہوتے ہیں تو کہفۂ رحم خارج المرکز محل اختیار کرلیتا ہے اور یہ یا تو سلعہ کے سامنے یا اسکے پیچھے یا اس کی ایک جانب پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸۳)۔

سلعاتِ لیفیہ سے رحم میں گردش یا تلوی پیدا ہوسکتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جزوی تخنیق واقع ہوجاتی ہے، اور بسٹیانیلی (Bastianelli) نے ایک اصابہ کی اطلاع دی ہے جس میں عنق پر کہفۂ رحم کا تلوی اس انتہائی درجہ کو پہنچ گیا تھا کہ فوق مہبلی عنق میں سے بند ہوگیا تھا (کیلی کلن : Kelly-Cullen)۔ بڑی بڑی لیس باربطونی بالیدیں رحم کی وسیع غیر وضعیت پیدا کرسکتی ہیں، اور اسے حوض کی گگر سے اوپر اٹھا دیتی ہیں، یا کسی ایک جانب کو دور تک ہٹا دیتی ہیں۔ جو تحت مخاطی بالیدیں قعر سے جبیدہ ہوتی ہیں ان سے رحم کا مزمن ارتکاس (کرانک انورشن) پیدا ہوسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۶۳، صفحہ 586)۔

مبیض اور فلوپی نلیاں۔ جو مشاہدات ان لیفیہ دار ارحام پر کئے جاچکے ہیں جو عملیہ سے نکالے گئے تھے، ان سے یہ بہت ہی اچھی طرح سے واضح ہوا ہے کہ نلیوں اور مبیضوں میں مزمن مرض اکثر موجود ہوتا ہے۔ ٹریسی (Tracey) نے اصابات کی ایک بہت بڑی تعداد (۳،۵۶۱) کی جانچ کی ہے، جس کا اندراج مختلف جراحوں نے کیا ہے۔ اصابات کے اس سلسلہ سے یہ معلوم ہوا ہے کہ

471

۲۰ فیصدی میں مبیضوں میں نمایاں مرض موجود تھا، اور اس سے کچھ کم تعداد یعنی ۵ء۴ا فیصدی میں قلوبی نلیوں میں مرضی تغیرات موجود تھے۔ ان میں جو عوارض پائے گئے ان میں سے گرینولوسا لیوٹین سسٹس (ذرائنی لیوٹینی دوریے)، تھیکا لیوٹین، ہیمیٹومیٹا (غلافی لیوٹینی دموی سلعات) مبیضوں کی سکلیروسسٹک ڈزیزز (صلابتی دوری مرض)، ہائیڈروسالپنکس (استقسائے انبوبہ) اور پایو سالپنکس (انبوبی اجتماع ریم) کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ ان عوارض کی کثرت وقوع اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ ان کا وجود اس حالت میں محض اتفاقی نہیں ہے۔ اغلب یہ ہے کہ ان میں کوئی نہ کوئی باہمی تعلیلی تعلق موجود ہے، لیکن یہ معلوم نہیں کہ ان میں سے ابتدائی عارضہ کونسا ہے اور ثانوی کونسا۔ مثال کے طور پر یہ خیال پیش کیا جا سکتا ہے کہ انبوبی التہاب سے عقم پیدا ہو جاتا ہے، اور عقم سے سلعاتِ لیفیہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بخلاف اس کے امراضِ مبیاتی تغیرات غالباً ان اعضا کے دورانی تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن کی ابتدا رحمی نوساخت کی تناظرفی کیفیتوں کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اس قسم کے مبیضی ضررات فنوزاتِ فعل کے ساتھ اور خاص کر تبویض کے سلسلہ میں پائے جاتے ہیں، اور اس لئے رحم کے سلعاتِ لیفیہ کے دو علامات، یعنی عقم اور بے قاعدہ حیض، کے ساتھ ان کا ایک اہم تعلق ہے۔

عروقِ خون۔ بڑے بڑے سلعاتِ لیفیہ کی غذائی رسد کا اصلی ذریعہ رحمی شریانیں اور عروقِ لمف ہیں۔ بعض اوقات یہ بہت بیش پرورده ہوتے ہیں، اور بالیدیہ بے قاعدگی سے منقسم ہوتے ہیں، اور رحم کی ایک جانب پر داخل ہونے کی بجائے یہ بعض اوقات سامنے اور پیچھے کی طرف سے داخل ہوتے ہیں۔ مبیضی شریانیں رحمی شریانوں کی نسبت عموماً کم بیش پرورده ہوتی ہیں۔ رباطاتِ عریض میں عام طور پر بڑے بڑے وریدی ضفیرے پائے جاتے ہیں، اور کبھی کبھی سلعہ کی سطح پر سے بڑی بڑی سطحی وریدیں گزرتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں جو صرف باریطون ہی سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ دوالی (varices) بعض اوقات یا تو خود بخود ہی یا کسی ضربہ کی وجہ سے پھٹ جاتے ہیں جس سے خطرناک اندرونی نزف پیدا ہو جاتا ہے۔ جب سلعہ بڑا ہوتا ہے تو رباطاتِ عریض کے عروقِ لمف کبھی کبھی بہت زیادہ متسع پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعہ کے نکال دینے کے بعد دب جاتے ہیں اور ان کا مظاہرہ بغیر انشراب کے نہیں کیا جا سکتا۔

سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ استسقائے شکمی۔ یہ نادر الوقوع ہے، لیکن کبھی کبھی

یہ رحم کی بڑی بڑی حرکت پذیر پائچہ دار زیر باریطونی بالیدوں کے ساتھ پایا جاتا ہے اور یہ خاص طور پر اُن بالیدوں میں دیکھنے میں آتا ہے جن کی بہت سی رسدِ خون تخرب سے آتی ہو، یا جن کے رحمی ساقچہ میں کسی حد تک گردش واقع ہو گئی ہو۔

472

سلعاتِ لیفیہ کے ثانوی تغیرات

سلعاتِ لیفیہ میں انحطاطی اور دیگر قسم کے تغیرات کے واقع ہونے کا بہت زیادہ امکان ہوتا ہے جس کی بڑی وجہ یہ ہے کہ ان کی جسامت اور ان کی رسدِ خون کے درمیان تناسب نہیں پایا جاتا ہے۔ ان تغیرات کا شمار مندرجہ ذیل طریقہ سے کیا جاتا ہے۔

(ا) انحطاطی تغیرات

(۱) ذبول (Atrophy)۔

(۲) زجاجی انحطاط (Hyaline degeneration)۔

(۳) دوری انحطاط (Cystic degeneration) (زجاجی اماعت (hyaline liquefaction:۔

(۴) شحمی انحطاط (Fatty degeneration)۔

(۵) کلسی انحطاط (Calcareous degeneration)۔

(٦) تنخّر (Necrosis) اور تنخر بافت (necrobiosis) (تنخر مع خون پاشیدگی)۔

(ب) دورانی تغیرات

(۱) تہبّج (Œdema) اور لمفی عروقی اتساع (lymphangiectasis)۔

(۲) محوری گردش جس سے مندرجہ ذیل نتائج پیدا ہوتے ہیں۔

(ا) امتلاء (Congestion)۔

(ب) رخنی نزف (Interstitial hæmorrhage)۔

(ج) تنخر (Necrosis)۔

(د) سلعہ کی علیحدگی۔

(۳) سلعی عروقی (Angiomatous) یا صغیر عروقی التساعی

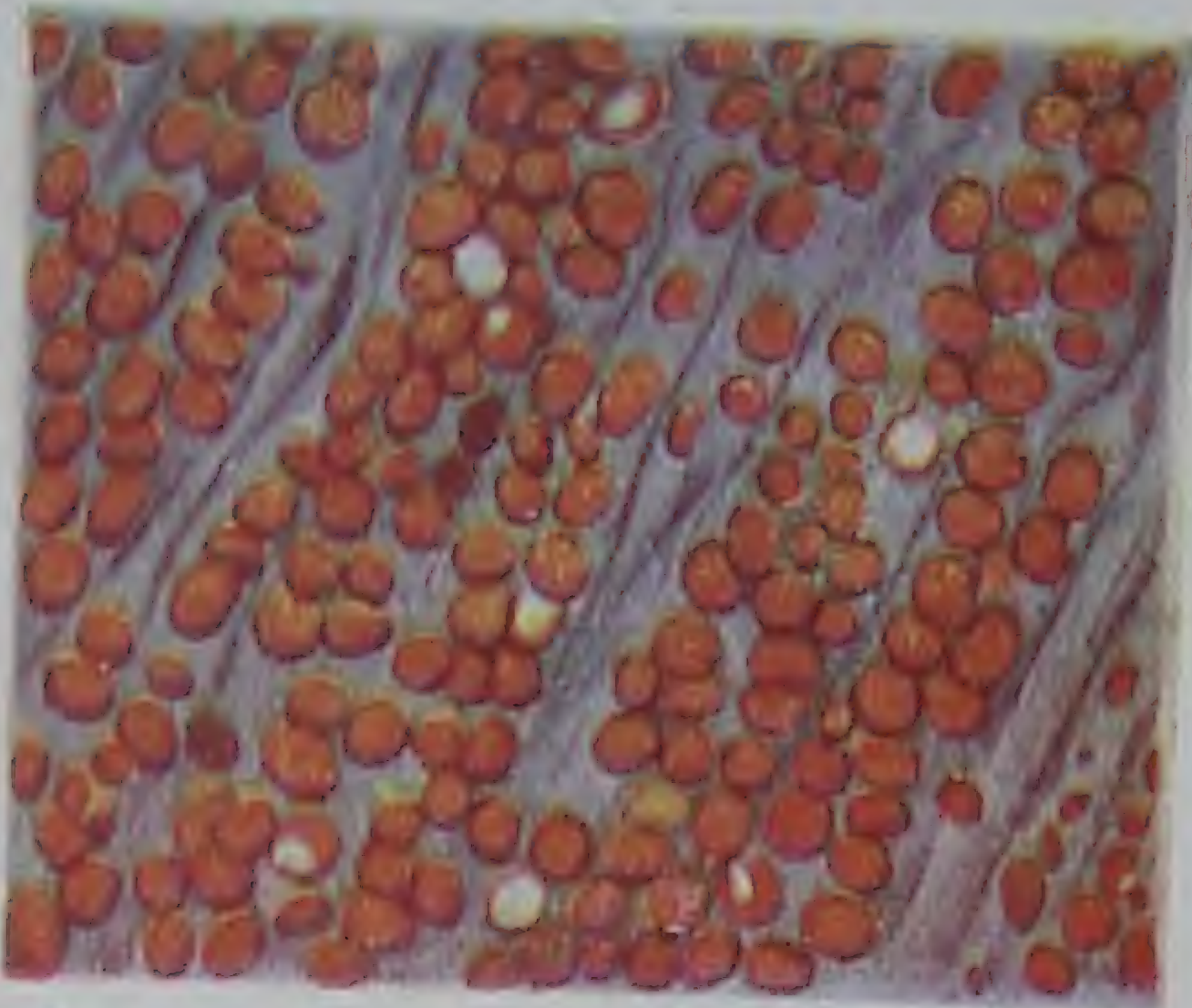
صفحہ ۲۴

ا۔ زجاجی اماعت (Hyaline Liquefaction)۔ دویرہ کی پیدائش کا ایک درجہ جس کی دیواریں بے قاعدہ ہیں۔

ب۔ کولیجن ریشوں کا زجاجی انحطاط (Hyaline Degeneration)عضلی خلیات کے نواتات کا توشیہ خفیف ہے۔

ج۔ شحمی سلعہ لیفیہ (Fatty Fibroid)۔ عضلی خلیات میں طبعی خلیہ مایہ (cytoplasm) کی جگہ شحمی قُطَیرے دکھائی دیتے ہیں۔

د۔ شحمی انحطاط جیسا کہ یہ بافتی تنخری سلعہ لیفیہ (Necrobiotic Fibroid) میں دکھائی دیتا ہے۔ شحم کے قُطیرے بہت چھوٹے ہیں۔

ر۔ متہبج سلعہ لیفیہ (Œdematous Fibroid) عروقِ لمف رکود سے متسع ہوگئے ہیں اور شبکہ میں دار لیفی ذرات دار مادہ (پیازی توشیہ) کی شکل میں مثبت ہے۔

س۔ شحمی سلعہ لیفیہ (Fatty Fibroid)۔ بڑے بڑے شحمی قُطیرے عضلی ریشوں کے رخ میں واقع ہیں۔

سلعات لیفیہ میں انحطاطی اعمال

(telangiectatic) تغیرات۔

(ج) سرائتی تغیرات جن سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔

(۱) التہاب (Inflammation)۔

(۲) تقیح (Suppuration)۔

(۳) گنگرین اور اغشاث (Sloughing)۔

(۵) خبیث تغیرات۔

(۱) لحمی سلعہ (Sarcoma) (خبیث سلعہ عضلہ املس malignant leiomyoma)۔

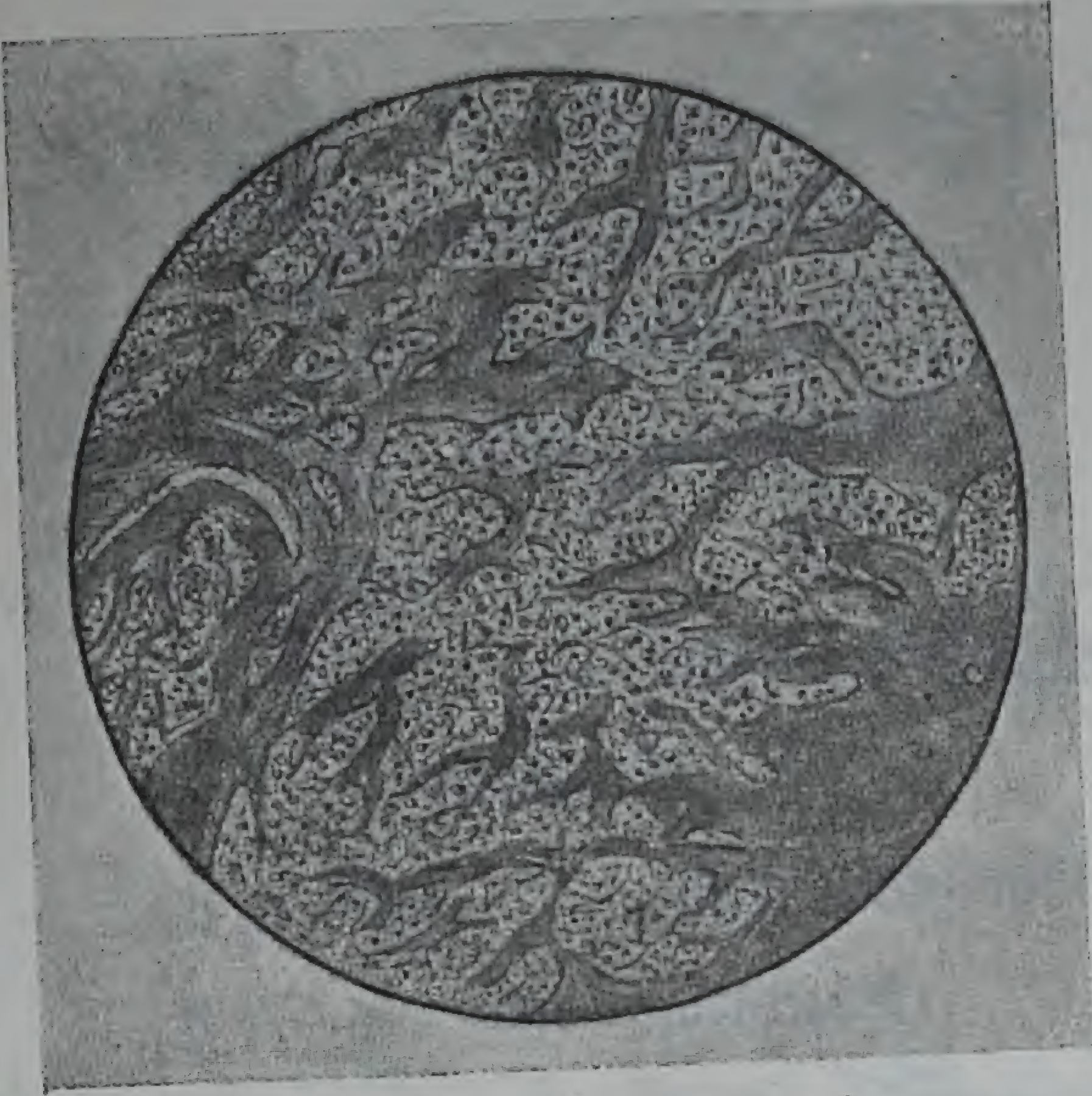
(۲) گرد درحلمی سلعہ (Peri-endothelioma)۔

(۳) درحلمی سلعہ (Endothelioma)۔

ذبول (ایٹرافی)۔ سن یاس کے بعد فعلِ بیض کے منقطع ہوجانے کے ساتھ سلعاتِ لیفیہ کی ایک قلیل تعداد میں کسی قدر ذبول خود بخود واقع ہوجاتا ہے جس سے ان کی جسامت کم ہوجاتی ہے۔ انقطاعِ حیض کے بعد ان کے سریری طور پر بالکل غائب ہوجانے کی مثالوں کا اندراج موجود ہے، لیکن اسے صرف ایک استثنائی حالت سمجھنا چاہئے اور ہمارے ذاتی تجربہ میں ایسی کوئی حالت نہیں آئی۔ اس قسم کے ذبول کے امکان کا جس کا وقوع بہت بعید از احتمال ہے نصاب علاج پر کسی قسم کا کوئی اثر نہ ہونا چاہئے جبکہ زمانۂ انقطاع الطمث میں سلعاتِ لیفیہ سے علامات پیدا ہوں۔ سلعاتِ لیفیہ کا ذبول بلا شبہ انہی اسباب سے پیدا ہوتا ہے جن سے اسی عمر میں طبعی رحم میں ذبول پیدا ہوتا ہے۔

سلعاتِ لیفیہ کے علاج میں لاشعاعوں کا استعمال براعظم یورپ کی بعض سریریات گاہوں میں سنین حال میں بکثرت کیا گیا ہے، اور یہ دعویٰ کیا جاتا ہے کہ اس طرح ان سلعات میں ذبولی تغیرات مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں جو اس ذبول کے مشابہ ہوتے ہیں جس کے زمانۂ انقطاع الطمث کے بعد پیدا ہونے کا ہمیں علم ہے۔ یہ ثابت کرنے کے لئے کافی سریری شہادت کا اندراج موجود ہے کہ لاشعاعوں کے تقاطعی اشعاع کے استعمال (cross-fire application) سے سلعاتِ لیفیہ کی جسامت میں لازمی طور پر تخفیف واقع ہوجاتی ہے۔ بہ نتیجہ سلعہ پر شعاعوں کا براہِ راست اثر ہونے کی بجائے شائد زیادہ تر مبیضین کے ابتدائی ذبول سے

ا

ب

شکل ۲۸۷۔ ہائیالین ڈیجنریشن (زجاجی انحطاط)۔ اُ' کالیجن کی جگہ ہائیالین نے لے لی ہے۔ موخرالذکر شاخدار سہمکوں کی شکل میں دکھائی دیتی ہے جو عضلی بنڈلوں کے درمیان متفرع ہیں۔ ب' ہائیالین کا اثر عضلی خلیات پر۔ موخرالذکر متورم ہیں، اور ان کے نواتات ٹوٹ کر ذرات دار ٹکڑوں میں تقسیم ہو گئے ہیں۔

پیدا ہوتا ہے، اور اس امر پر تمام مشاہدین کا اتفاق ہے کہ مبیضین کا ذبول لاشعاعوں کے مناسب استعمال سے پیدا کیا جاسکتا ہے (دیکھو صفحات 496 و 497)۔ مزید براں مکمل مبیض براری (ٹوٹل اواوفورکٹومی) سے بھی سلعاتِ لیفیہ کا ذبول مصنوعی طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے، اور یہ عملیہ لاسن ٹیٹ (Lawson Tait) نے ۱۸۸۲ء میں لیفی عضلی سلعات (fibromyomata) کی جسامت کو کم کرنے کے لئے رائج کیا تھا۔

زجاجی انحطاط (Hyaline Degeneration)۔ ہائیالن (hyaline) یعنی زجاجین ایک شے ہے جس کا تعلق اسی گروہ سے ہے جس میں گلائیکوجن، میوسن (مخاطین)، ایمیلائڈ (amyloid) اور فائبرن (لیفین) اس لحاظ سے شامل ہیں کہ ان سب میں یہ مشترک خاصہ موجود ہے کہ یہ دودھیا دکھائی دیتی ہیں۔ ان اشیا کی کیمیائی ترکیب میں بہت سا اختلاف پایا جاتا ہے، بعض کے کیمیائی تعامل معین ہیں، لیکن بیشتر کے نہیں۔ ہائیالن اس تمام گروہ میں سے شائد سب سے زیادہ غیر معین ہے۔ اس کا کوئی واضح کیمیائی تعامل نہیں، لیکن خوش قسمتی سے اس کے توشیہی خواص بہت نمایاں ہیں جن کی وجہ سے اس کا شناخت کرنا آسان ہے۔ 474

زجاجی انحطاط ایسا تغیر ہے جو غیر مخطط عضلہ، اتصالی بافت، اور عروقِ خون میں واقع ہوتا ہے۔ سلعاتِ لیفیہ میں اس کی ابتدا اکثر و بیشتر کالیجن کے بنڈلوں اور لیفی سریشی ریشکوں میں ہوتی ہے جن سے اتصالی بافت مرکب ہوتی ہے۔ موخر الذکر کی طبعی ساخت غائب ہوجاتی ہے، اور اسکی جگہ ایک بے رنگ یکساں مادہ لے لیتا ہے جو ایوسین اور نگسن سے گہری رنگت اختیار کرتا ہے۔ عضلی خلیات کے مرکزوں میں بھی اسی تغیر کا مظاہرہ کیا جاچکا ہے اور اس حالت میں ایوسین سے اسکا توشیہ گہرا ہوتا ہے۔ بعض ارباب سند اسکو بعد الموت تغیر تصور کرتے ہیں، اور جہاں تک سلعاتِ لیفیہ میں زجاجی انحطاط کے واقع ہونے کا تعلق ہے اسے نظر انداز کیا جاسکتا ہے کیونکہ یہ نسبتہً نادر الوقوع ہے۔ سلعاتِ لیفیہ میں عروق کا زجاجی تغیر واقع ہوجاتا ہے، لیکن یہ علم نہیں۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ عروقِ خون عموماً آخر دم تک اس تغیر کی مزاحمت کرتے ہیں، اور اسلئے ایسی فضاؤں میں جن میں زجاجی بافت کی اماعت عمل میں آچکی ہو تندرست عروق کا تنہا نظر آنا غیر معمولی بات نہیں۔ لہٰذا یہ سمجھ لینا چاہئے کہ زجاجی انحطاط تقریباً ہمیشہ اس اتصالی بافت میں شروع ہوتا ہے جس میں عضلی بنڈل لپٹے ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ ۴۲۰)۔ جب کسی لیفیہ کے عروقِ خون نمایاں طور پر زجاجی ہوں تو اس امر کا زیادہ احتمال ہوتا ہے کہ بالیقین بھی دوسرے اعضا کے ساتھ عمومی دموی عروقی انحطاط میں شریک ہے۔

سلعاتِ لیفیہ کی اکثریت میں کسی قدر زجاجی تغیر دیکھنے میں آتا ہے، اور یہ ان حالتوں میں بھی پایا جاتا ہے جبکہ سلعات چھوٹے چھوٹے ہوں، یا رحم کی کثیر العروق دیوار میں واقع ہوں۔ چونکہ حد انحطاط رسد خون سے

معکوس تناسب رکھتی ہے اس لئے ساقچہ دار تحت مصلی بالیدوں میں زجاجی تغیر نمایاں ترین ہوتا ہے کیونکہ ان کا تغذیہ ناقص ہوتا ہے۔ نیز یہ تحت مخاطی سعدانوں میں بھی دیکھنے میں آتا ہے جہاں یہ تنخر کی مساعدت کرتا ہے۔ ایک اور امر جسکی اہمیت معتدبہ ہے یہ ہے کہ عضلی خلیات کے اردگرد کا زجاجی مادہ ان کو مضغوط کر دیتا ہے۔ ان خلیات کے

شکل ۲۰۸ - رحم کے متعدد سلعات لیفیہ (Multiple Fibroid Tumours) - کثیر الولادت، عمر ۳۹ - کلاں ترین لیفیہ میں دوری انحطاط واقع ہوگیا ہے جو بخوبی نمایاں ہے، اس سے چھوٹے لیفیہ میں زجاجی اماعت کا ابتدائی درجہ دکھائی دیتا ہے۔

475 نوانات آخر تک اسکی مزاحمت کرتے ہیں لیکن ان کے جسم جلد ہی غائب ہو جاتے ہیں اور صرف نوانات ہی باقی رہ جاتے ہیں جو انجام کار ٹوٹ کر دانہ دار ٹکڑوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں اور اس طرح غائب ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۰۷)۔ بعض اصابات میں وہ عضلی خلیات جو زجاجی مادہ کی جال سے محصور ہوتے ہیں خبیث فعالیت اختیار کر لیتے ہیں اور لحمی سلعی ہو جاتے ہیں جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ سلعات لیفیہ کے زجاجی انحطاط اور لحمی سلعی تغیر میں ایک قریبی تعلق موجود ہے۔

دوبری انحطاط (Cystic Degeneration) - یہ سلعات لیفیہ کے زجاجی انحطاط

کاذوبانی (colliquative) درجہ ہے۔ زجاجی مطروح کی اماعت سے سلعہ کی بافتوں میں "دویرے" یا فضائیں بن جاتی ہیں، اور زجاجی مادہ کی تقسیم سے ان کہفہ جات کے صفات کا پتہ چلتا ہے جو اماعت سے پیدا ہوتے ہیں۔ اگر ہیالن (hyalin) یکساں رقعہ نما تودوں کی شکل میں مطروح ہو تو بڑے بڑے دویرے پیدا ہو جائیں گے۔ جب ہیالن زیادہ واضح اور سہکی ہو (شکل ۲۸۷ ل) تو متعدد دویرے بن جاتے ہیں جن کا رجحان درمیانی فواصل کی شکستگی سے متحد ہو جانے اور یک خانہ دار بن جانے کی طرف ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸۸ ی)۔

اس طرح جو کہفہ جات پیدا ہو جاتے ہیں وہ صادق دویرے نہیں ہوتے اور انکا استر درحلمی نہیں ہوتا۔ انکی دیواریں جو ناہموار یا ہموار ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۲۸۸ ا) زجاجی بافت سے مرکب ہوتی ہیں جو ابھی تک اماعت یافتہ نہیں ہوتی۔ یہ فضائیں اماعت کے پھیلنے اور چھوٹے چھوٹے دویروں کے درمیان کی سہکوں کے ٹوٹنے سے بڑی ہوتی جاتی ہیں (دیکھو شکل ۲۸۸ ف)۔

زجاجی رقبہ جات کی اماعت سے پیدا شدہ دویروں کے سیالی مافیہ میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ یہ بالعموم بوال کی رنگت کا اور بہت زیادہ البیومنی ہوتا ہے، اور اس میں میوسن یا کاذب میوسن کبھی موجود نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ خود بخود مروّب ہو جاتا ہے مگر جو زیادہ بڑے دویروں سے حاصل کیا گیا ہو وہ سیّال حالت ہی میں رہتا ہے۔ یہ سیّال اکثر لونِ خون سے ملا ہوا ہوتا ہے اور اس لئے یہ مکدر، سبزی مائل بھورا، سرخ، یا سرخی مائل بھورا ہوتا ہے۔

دویری انحطاط صرف زجاجی رقبوں کی اماعت ہی سے ہمیشہ پیدا نہیں ہوتا، بلکہ یہ سرخ تنخر کے بعد بھی رونما ہوتا ہے جو ایک ایسا تغیر ہے جو شاذ شحمی انحطاط سے پہلے ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اگر سرخ تنخر زجاجی اور دویری انحطاط کے درمیان حائل ہو جائے تو دویرہ کے مشمولات بعض اوقات خالص وریدی خون کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں۔ اس سیال میں فائبرینی خمیر (fibrin-ferment) موجود نہیں ہوتا، اور اس میں ترویب واقع نہیں ہوتی۔ ایسے دویرہ کی دیوار کے عضلی ریشوں میں شحمی گلو بیچے پائے جاتے ہیں، مگر دویری زجاجی رقبہ جات کی صورت میں جبکہ سرخ تنخر پیدا نہ ہوا ہو شحم موجود نہیں ہوتا۔

انجام کار یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ جو دویرے سلعاتِ لیفیہ میں پائے جاتے ہیں ان میں سے اکثر کاذب دویرے ہوتے ہیں جو زجاجی مطروح کی اماعت سے پیدا ہوتے ہیں۔ صادق دویرے یقیناً سلعات لیفیہ میں گاہے گاہے پائے جاتے ہیں، اور ان کا ذکر لمفی عرقی اتساع (lymphangiectasis) کے بیان میں کیا جائے گا۔

شحمی انحطاط (Fatty Degeneration)- یہ تغیر زجاجی انحطاط کی نسبت قلیل الوقوع ہے۔ کلسی فراہمی کا جو ایک ایسا تغیر ہے جو معمر مریضوں میں سلعات لیفیہ میں اکثر پایا جاتا ہے' یہ ایک لازمی پیش رو ہے۔ لہٰذا اغلب یہ ہے کہ شحمی انحطاط مناسب توشیہی عوامل کے موجود نہ ہونے کی وجہ سے اکثر شناخت نہیں کیا جاتا۔ شحمی درجہ کے مطالعہ کے لئے تازہ بافت لینا چاہئے اور منجمد تراشیں بناکر سوڈان ۳ سے ان کا توشیہ کرنے کے بعد فیرینٹ کے محلول (Farrant's solution) میں تراکیب کرنا چاہئے۔ شحمی قطیرے گہرے نارنجی گلوبچوں کی شکل کے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ عضلی ریشوں کے اندرون واقع ہوتے ہیں' اور اس لئے یہ عضلی بنڈلوں کے رخ میں مرتب ہوتے ہیں (دیکھو صحیفہ ۲۱' س)۔ سلعۂ لیفیہ میں شحم کا جو منظر خالی آنکھ سے دکھائی دیتا ہے وہ اختلاف پذیر ہوتا ہے' اور ان متلازم کیفیتوں سے متاثر ہوتا ہے جو تغیرات خون کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ شحمی سلعۂ لیفیہ کی کٹی ہوئی سطح بعض اوقات خفیف سی زرد ہوتی ہے لیکن اس رنگت میں کبھی کبھی حل پذیر لون خون کی آمیزش پائی جاتی ہے۔ طبعی مدوری منظر غائب ہوجاتا ہے اور سطح یکساں دکھائی دیتی ہے۔

476

خردبین سے دیکھنے پر زجاجی انحطاط کے تغیرات نظر آتے ہیں جن پر شحمی گلوبچوں کی فراہمی مستزاد ہوتی ہے (دیکھو صحیفہ ۲۴' د)۔

یہ اسی صادق انحطاطی عمل کے تغیرات ہوتے ہیں جو کلسی فراہمی کا پیش رو ہوتا ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے۔ مزید برآں یہ تنخر سے پہلے بھی ہمیشہ پایا جاتا ہے' اور اس امر کا حوالہ آئندہ بھی دیا جائے گا۔

ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بعض شاذ مثالوں میں سلعات لیفیہ میں شحم کا وجود ایک حیوی نگر فاسد فعالیت کا نتیجہ ہوتا ہے جو جسم کے دوسرے حصوں میں شحمی سلعہ کے تکون کے مشابہ ہوتا ہے۔ اس قسم کی غیر معمولی کاذب بالیدوں کو بیان کرنے کے لئے شحمی عضلی سلعہ (lipomyoma)' لیفی شحمی عضلی سلعہ (fibrolipomyoma) اور شحمی سلعیت (lipomatosis) کی سی اصطلاحیں مستعمل رہی ہیں۔

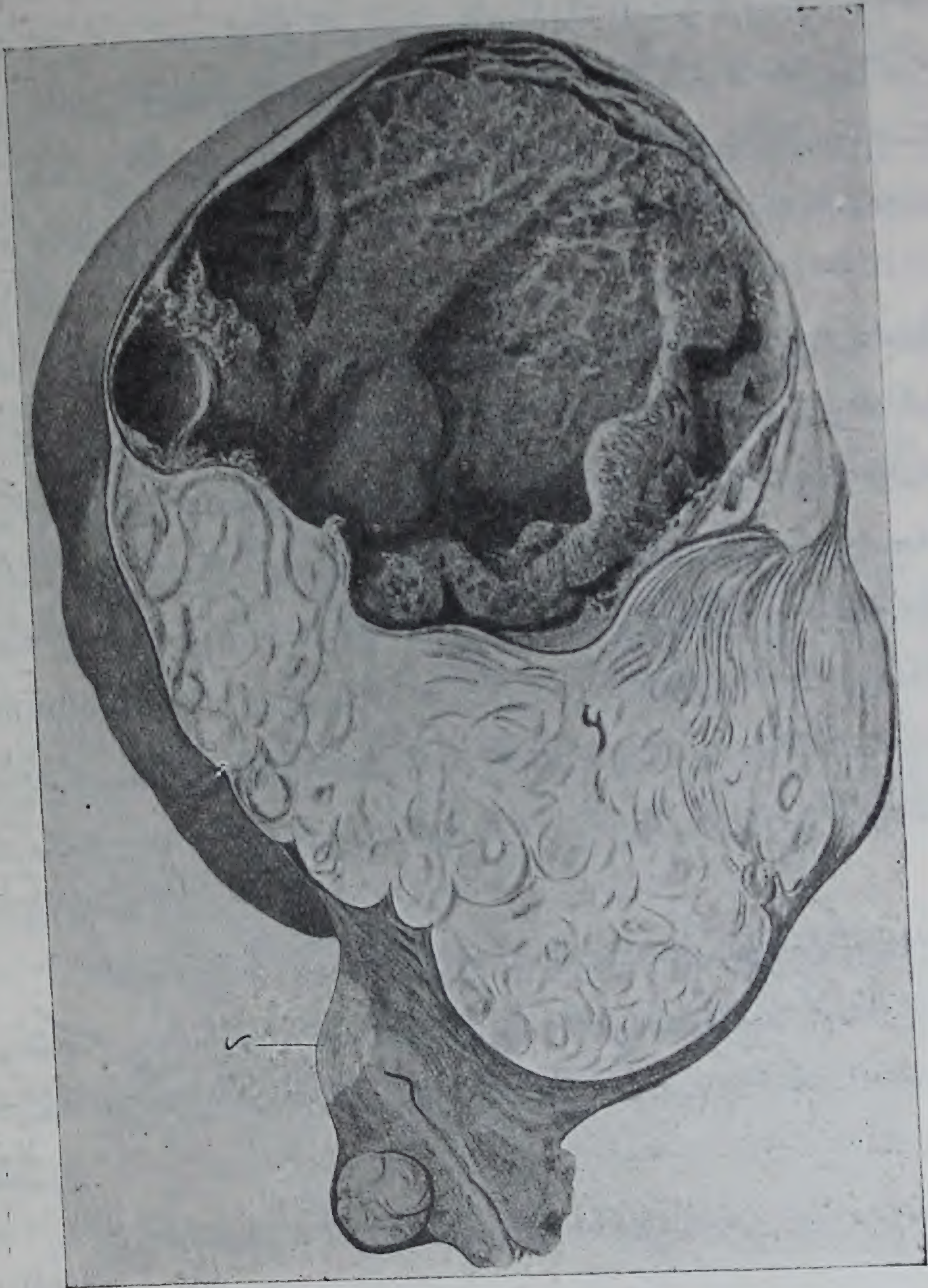
اگر خردبین سے دیکھا جائے تو جو شحمی گلوبچے شحمی سلعیت میں پائے جاتے ہیں وہ اتنے بڑے نہیں ہوتے جتنے بڑے کہ یہ معمولی شحمی سلعہ میں دکھائی دیتے ہیں۔ بخلاف اس کے معمولی شحمی انحطاط میں شحمی قطیرے نہایت ہی چھوٹے ہوتے ہیں (صحیفہ ۲۴' ج اور د کا

مقابلہ کیا جائے)۔ جو خواص خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں وہ بھی بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ سلعہ کے لیفیتی عناصر کا مدوّری منظر بعض اوقات باقی رہتا ہے، اور نہ تو تنخر کی کوئی شہادت پائی جاتی ہے اور نہ علقیت کی۔ صحفہ ۱۴۴ ج سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس حالت میں بھی شحم عضلی ریشوں کے صرفہ پر بنتا ہے۔ لہٰذا اس امر کو کسی قسم کا فیصلہ کرنے کے بغیر ہی چھوڑ دینا چاہئے کہ اس تغیر کو انحطاطی تصور کرنا کس حد تک جائز ہے، اور یہ کس حد تک نوساختی (neoplastic) ہے۔

کلسی انحطاط (Calcareous Degeneration) معمر مریضوں میں سلعاتِ لیفیہ میں چونے کے املاح کی فراہمی اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔ ان املاح کے مطروح ہونے سے پہلے بافتوں میں شحمی اشیا پائے جاتے ہیں جو لپائڈ کہلاتے ہیں۔ ان میں سے بعض لپائڈی شحم اور بعض لپائڈی صابونوں کی شکل میں ہوتے ہیں، اور یہ بالیدہ کے سوءِ تغذیہ سے پیدا شدہ انحطاط کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ شحم مردہ خلیات کی البیومن سے مل جاتا ہے جس سے صابونی البیومن (soap-albumen) بن جاتی ہے اور موخر الذکر اور خون سے حاصل شدہ کیلسیئم کے ملنے سے حل ناپذیر دہرے کلسیمی صابون بن جاتے ہیں۔ انجام کار CO_2 اور PO_4 کے ساتھ ملنے سے چونے کے کاربونیٹ اور فاسفیٹ بن جاتے ہیں جو مردہ بافتوں میں حل ناپذیر املاح کی شکل میں مطروح ہو جاتے ہیں۔

سلعاتِ لیفیہ کا کلسی انحطاط بعض اوقات بالیدہ کے صرف محیط پر ہی اثر انداز ہوتا ہے جس سے اس پر ایک خول نما غلاف چڑھ جاتا ہے، اور بعض اوقات چونے کے املاح کی فراہمی سلعہ کے تمام جرم میں منتشر پائی جاتی ہے جس سے نام نہاد سنگِ رحم (womb-stone) پیدا ہو جاتا ہے۔

لیفی عضلی سلعہ کا تکلّس لاشعاعوں کے استعمال سے سریری طور پر شناخت کیا جا سکتا ہے۔

تنخر (Necrosis) اور تنخر بافت (Necrobiosis)۔ عملیہ سے دور کئے ہوئے سلعاتِ لیفیہ میں سے ۵ فیصدی میں تنخر پایا جاتا ہے (ٹریسی: Tracey)۔ چونکہ سلعہ کے مرکزی حصے اس کی رسد خون سے بعید ترین ہوتے ہیں اس لئے ان میں تنخری تغیر کے نمودار ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے۔ تنخری رقبہ کے حدود کبھی واضح ہوتے ہیں

شکل ۲۸۹ - عظیم الجسامت تحت مصلی سلعہ لیفیہ جو رحم کے ساتھ ایک عریض قاعدہ کے ذریعہ سے چسپیدہ ہے، اس سلعہ کا بالائی نصف دویرہ دار ہے - دویرہ میں ایک تلفیف یافتہ کاذب غشا موجود ہے، اسکے مشمولات لزج اور خون آلود سیال تھے، اور اصلی تغیر زجاجی اور شحمی انحطاط تھا جس کے بعد شرخ نخر واقع ہوا۔

اور کبھی غیر واضح۔ مردہ بافت کی رنگت قرب و جوار کے عروقِ خون کے تغیرات کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، اور یہ زرد، رمادی، ارغوانی، میجنٹا یا مہاگنی کی طرح سُرخ ہوتی ہے۔ تنخری قطعات کے تحت مصلی، زخنکی یا تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس تغیر سے پہلے زجاجی یا شحمی انحطاط ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

نخر بافت (necrobiosis) کی اصطلاح بافتوں کے تنخر یا ان کی مکمل موت کے مقابلہ میں ان کی جزوی تباہی یا جزوی موت کے لئے عام طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ مگر اس اصطلاح کا اطلاق محدود ہوگیا ہے، اور یہ سلعاتِ لیفیہ کے ایک خاص قسم کے انحطاط کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے جو اپنی رنگت کی وجہ سے سرخ انحطاط (red degeneration) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ نخر بافتی یا "سرخ" انحطاط بڑے بڑے مجرد زخنکی سلعاتِ لیفیہ پر خاص طور پر اثر انداز ہوتا ہے، اور ہزامن حمل کے ساتھ اس کا واقع ہونا مدت سے معلوم ہے۔ مگر اس سے یہ نہ سمجھ لینا چاہیئے کہ حمل اس دلچسپ انحطاطی تغیر کا لازمی پیشرو ہے۔ مختلف عمر کی عدیم الولادت عورتوں میں بھی اس کی انتہائی مثالیں وقتاً فوقتاً ملتی ہیں۔ نخر بافت کی اصطلاح کے استعمال کا ایک سبب یہ ہے کہ بعض نخر بافتی سلعاتِ لیفیہ اپنی حیوبیت کو از سر نو حاصل کر سکتے ہیں، اور اس خیال کی تائید میں سریری شہادت موجود ہے۔ الیمیت اور درد کے سریری امارات اور ارتفاع تپش بھی کم و بیش عرصہ کے بعد زائل ہو جاتے ہیں۔

سرخ سلعاتِ لیفیہ کی بستگی نسبتہً نرم ہوتی ہے۔ کاٹنے پر یہ گائے کے گوشت کے خام یا نیم پخت قتلہ کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں، اور ان سے ایک خاص قسم کی ناگوار بو نکلتی ہے۔ کیسہ میں بعض اوقات تسع یا علقیت یافتہ عروق دیکھنے میں آتے ہیں، اور اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ بالید کے اندرونی حصّہ میں بھی پائے جاتے ہیں۔ ان سلعات کا رنگ ان حل پذیر الوانِ خون سے پیدا ہوتا ہے جو خون پاشیدگی سے آزاد ہو جاتے ہیں۔ لیتھ مرے (Leith Murray) نے اس مظہر کو لیپائڈی اجسام کے فعل سے منسوب کیا تھا جو ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ حل پذیر لونی مادہ کی حقیقی کیمیاوی ماہیت نامعلوم ہے، اور ابھی تک یہ بھی معلوم نہیں ہو سکا کہ اگر خون پاشیدگی کو علقیت کے ساتھ، جو کہ عام طور پر موجود ہوتی ہے، کوئی تعلق ہے تو وہ کیا ہے۔

خردبین سے دیکھنے پر انحطاط کے درجہ کا اندازہ خلیات کے نواتات کی تعداد اور ان کے

منظر اور خلیہ مایہ کے اس رویہ سے کیا جاتا ہے جو یہ تفریقی تو شیہات کے لئے اختیار کرتا ہے۔ بالبد جتنی زیادہ تنخر یافتہ ہوگی تفریق اتنی ہی کم ہوگی اور توشیہ اتنا ہی زیادہ منتشر ہوگا۔ سُرخ سلعاتِ لیفیہ میں اس لحاظ سے کوئی امتیازی خواص موجود نہیں ہوتے۔ جن خرد بینی خصائص کا ذکر شحمی انحطاط کے تحت کیا جاچکا ہے (صفحہ 475) وہی خصائص ہر قسم کے تنخر یافتہ سلعہ لیفیہ کے ہوتے ہیں خواہ اس کی رنگت کچھ بھی ہو۔ لہٰذا خرد بین کی مدد سے سُرخ یا زرد یا کسی دوسرے رنگ کے تنخر میں تمیز کرنا ممکن ہے۔ بنابریں سُرخ انحطاط کوئی امراضیاتی قسم نہیں ہے۔ اسکو جو سریری اہمیت حاصل ہوئی ہے وہ صرف اس کے حامل یا نفاسی رحم کے ساتھ پائے جانے اور اس کے نمایاں منظر سے ہوئی ہے۔ صفحہ ۲۳ میں ایک سلعہ لیفیہ دکھایا گیا ہے جو ترقی یافتہ سرخ انحطاط کی حالت میں ہے اور ساڑھے چار ماہ کے حامل رحم میں واقع ہے۔

اس امر کا خیال رکھا جائے کہ تنخر یافتہ سلعاتِ لیفیہ کا رنگ سرائت کے اثر سے پیدا نہیں ہوتا۔ جب ان میں جراثیم پائے جاتے ہیں تو سرائت ثانوی ہوتی ہے۔

تہبج (Œdema) اور لمفی عرقی اتساع (Lymphangiectasis)۔ جب کوئی سلعہ لیفیہ نرم ہو اور تراشش پر اس سے بہت سا سیال مرتشح ہو تو اسے عام طور پر متہبج کہا جاتا ہے۔ ایسے اصابات اکثر درحقیقت اماعت کی مثالیں ہوتے ہیں جو زجاجی انحطاط سے پیدا ہوتی ہے۔ صادق تہبج قلیل الوقوع ہے۔ مگر اماعت سلعاتِ لیفیہ میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے، اور بعض اوقات اس کے ساتھ تہبج بھی ہوتا ہے، لیکن یہ بخوبی سمجھ لینا چاہیے کہ یہ دونوں عمل ایک دوسرے سے علیحدہ اور مختلف ہیں۔

متہبج سلعہ لیفیہ جس پر نیم متموج ہوتا ہے، اور رحم کی لبنگی سریری نقطۂ نظر سے حمل کی طرف اشارہ کرتی ہے۔ کاٹنے پر بہت سا مصل خارج ہوتا ہے۔ اس سیال میں صرف البیومن کی ایک قلیل مقدار موجود ہوتی ہے، اور یہ سیال اس لحاظ سے اس سیال سے بالکل مختلف ہے جو زجاجی اماعت کے اصابات میں پایا جاتا ہے اور جس میں البیومن کی بہت بڑی مقدار پائی جاتی ہے۔

خرد بین سے امتحان کرنے پر متہبج سلعہ لیفیہ میں جو بنڈل دکھائی دیتے ہیں وہ گٹلے دار یا دانہ دار مادہ سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں جو اس عبور رشحہ (transudate) کے اجزائے ترکیب سے بنتا ہے جو سخت بنانے کے عمل کے دوران میں مثبت ہوجاتا ہے۔ (دیکھو صفحہ

عضلی ریشے خود متورم ہوتے ہیں چنانچہ عرضی تراشں میں یہ بڑے بڑے صاف خلیات (۴۲، ۴۳) ۔
کی طرح دکھائی دیتے ہیں جن کا خلیہ مایہ غیر موشّحہ ہوتا ہے۔
متہیّج سلعاتِ لیفیہ میں مجاری لمف متسع پائے جاتے ہیں ۔ بعض اوقات یہ حالت اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ اسے لمفی عرقی اتساع (lymphangiectasis) کے نام سے موسوم کرنا مناسب ہوتا ہے ۔ مجاری لمف کا اتساع اور مصل کا عبور ارتشاح میکانی ضغطہ کے نتائج ہیں جو دورانِ لمف میں بتدریج جزوی تسدد پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے ۔ سلعہ میں تہیّج واقع ہونے کا عام ترین سبب حوض میں سلعہ کا انغراز ہے ۔

479 **محوری گردش** (Axial Rotation) ۔ بعض اوقات ساقچہ دار تحت باریطونی سلعہ لیفیہ بل کھا جاتا ہے، اور یا اپنے محور پر گھوم جاتا ہے ۔ جب تلوی انتہائی درجہ کا ہوتا ہے تو رحم بھی جس کے ساتھ سلعہ پیچیدہ ہوتا ہے اس گردش میں شریک ہوجاتا ہے (دیکھو صفحہ 471) ۔ محوری گردش ایک ایسا حادثہ ہے جو سلعاتِ لیفیہ کی نسبت مبیضی سلعات میں کہیں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس کے وقوع کے متعلق عمومی بحث کسی آئندہ باب میں کیا جائیگی (دیکھو صفحہ 726)۔

سلعاتِ لیفیہ میں گردش عموماً جزوی ہوتی ہے کیونکہ ساقچہ کی موٹائی بل کو نصف دائرہ سے زیادہ گردش نہیں کرنے دیتی ۔ رحم کا مکمل دائرہ پر گردش کرجانا اور بھی زیادہ غیر معمولی امر ہے" لیکن جزوی گردش تک سے بھی قنال عنق میں مسدودیت پیدا ہوجاتی ہے، اور خونِ حیض رحم میں جمع ہوجاتا ہے (ہیمٹو میٹرا یعنے رحمی اجتماع الدم) ۔ جن سلعاتِ لیفیہ میں گردش واقع ہوجاتی ہے ان کا رنگ امتلائی وجہ سے گہرا ارغوانی ہوجاتا ہے، اور خردبین سے امتحان کرنے پر وسیع رخنکی نزف پایا جاتا ہے ۔ مزید برآں سلعہ بھی قرب وجوار کے اعضا سے وسیع انضمامات پیدا کرلیتا ہے ۔ گاہے گاہے ساقچہ کے اس حصہ کے تغذیہ میں جو بل کی بُعدی جانب پر ہوتا ہے بہت سا نقص واقع ہوجاتا ہے، اور ذبول واقع ہوجاتا ہے اور سلعہ رحم سے علیحدہ ہوجاتا ہے اس کے بعد اس کی پرورش ان عروق سے ہوتی ہے جو اس کے انضمامات میں پیدا ہوجاتے ہیں، اور ثربی انضمامات قیاداً رسدِ خون کا منبع ہونے کی حیثیت سے اہم ترین ہیں (طفیلی سلعاتِ لیفیہ) ۔

بیضی سلعات میں جو حاد علامات پیدا ہوتے ہیں ان کے مشابہ علامات بعض اوقات

ان سلعاتِ لیفیہ میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں جن میں تلوّی دفعتہً نمودار ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک استثنائی حالت ہے، ہمارا تجربہ یہ ہے کہ ایسی مثالیں دورانِ حمل ہی میں پائی جاتی ہیں، اور اس سلسلہ میں ہمارے مشاہدہ میں دو مثالیں آئی ہیں۔ گردش بالعموم بتدریج واقع ہوتی ہے، اور جن علامات کو تلوّی سے منسوب کیا جا سکتا ہے وہ یا تو ناقابل لحاظ ہوتے ہیں اور یا پیدا ہی نہیں ہوتے۔[1]

وعائسلعی (Angiomatous) یا صغیرعروقی اتساعی (Telangiectatic) تغیرات۔ صادق وعائی سلعات (angiomata) یعنی وہ بالیدیں جو عروقِ خون کے جدید تکون سے مرکب ہوتی ہیں، سلعاتِ لیفیہ میں نادرالوقوع ہیں۔ یہ صرف گاہے گاہے پائی جاتی ہیں، اور جدید تکونِ عروق کا انحطاطی یا تنخزی تغیر سے بظاہر کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

احتقان یافتہ عروق، تنخزی رقبہ جات اور خاص کر ان رقبہ جات کے گرد جو سرخ انحطاط کی قسم سے ہوں، بعض اوقات اس قدر نمایاں ہوتے ہیں کہ ان کا ذکر صغیر عروقی اتساعات (telangiectases) کے نام سے کیا جاتا ہے۔ اس کا یہ مطلب نہیں کہ جدید عروق بن جاتے ہیں بلکہ رکود اور احتقان کی وجہ سے سابق الوجود عروق نمایاں ہو جاتے ہیں جو تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ دورانِ خروج میں مضغوط ہو گئے ہوں اور جن تحت باریطونی سلعاتِ لیفیہ کے ساقچہ میں انتہائی تلوّی واقع ہو گیا ہو، ان میں امتلا کے بعد ہی تغیر واقع ہو جاتا ہے۔

سرائتی تغیرات۔ جب سلعاتِ لیفیہ سرائت زدہ ہو جاتے ہیں تو سرائت کا راستہ بالعموم دروں رحمہ ہی ہوتا ہے۔ لہٰذا اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ تحت مخاطی بالیدوں میں سرائت زدہ ہونے کا امکان سب سے زیادہ اور تحت باریطونی بالیدوں میں سب سے کم ہوتا ہے۔ سرائت ایک اور منبع سے بھی واقع ہو سکتی ہے، اور یہ رودہ ہے۔ اس حالت میں یہ سلعہ لیفیہ پر اس کی باریطونی سطح کی طرف سے حملہ آور ہوتی ہے۔ شاذ شاذ اصابات میں ایسا بھی معلوم ہوتا ہے کہ یہ خون کے ذریعہ بھی واقع ہوتی ہے۔

بعض اوقات بڑا سا سلعہ لیفیہ جو رحم اور بہت سی بالیدوں پر مشتمل ہوتا ہے تمام کا تمام عمومی انضمامات سے محصور ہو جاتا ہے، جن میں سلعہ کی تقریباً تمام باریطونی سطح شریک

---

[1] عضلی سلعی رحم کے تلوّی کے اصابات کے اندراج کیلئے دیکھو "Fibroids and Allied Tumours" (Lockyer), Appendix, pp. 561-566.

اور جن کے ذریعہ سے یہ رودہ، ثرب، رحمی ضمیمہ جات، اور جداری باریطون سے مضبوطی ہوتی ہے، اور جن کے ذریعہ سے یہ رودہ، ثرب، رحمی ضمیمہ جات، اور جداری باریطون سے مضبوطی سے پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ ایسے اصابات میں مزامن الوقوع انبوبی مبیضی التہاب اور حوضی دروں رحمیت ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ قبل الذکر کی حالت میں رحم پریشائد دونوں طرف سے حملہ ہوتا ہے، یعنی دروں رحمہ کی طرف سے صعودی سرائت کا جو مہبل سے آتی ہے، اور باریطون کی طرف سے التہاب باریطون کا جو انبوبی سرائت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے اصابات میں درد اور کثرتِ طمث نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ اگر صرف باریطونی انضمامات تنہا موجود ہوں تو ان سے ہمیشہ درد پیدا نہیں ہوتا، اور جب تک شکم کو کھولا نہ جائے ان کے وجود کا شبہ بھی پیدا نہیں ہوتا۔

سلعہ لیفیہ میں تقیح نادر الوقوع ہے، لیکن زخنی سلعات (دروں رحمی سرائت) اور تحت باریطونی بالیدوں (رودی سرائت) میں اس کے واقع ہونے کی مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ خراج کو قبل الذکر حالت میں کہفۂ رحم کی طرف سے اور موخر الذکر حالت میں رودہ کی طرف سے خالی کیا جا سکتا ہے۔

اغثاث (Sloughing) قریب قریب صرف تحت مخاطی اور سعدانی بالیدوں ہی میں واقع ہوتا ہے، اور سرائت کا منبع کوئی سابق الوجود سرائتی مواد ہوتا ہے۔ بعض اصابات میں یہ قبالتی یا نسائیاتی عملیتی مداخلت کا یا اسی قسم کے آلات کے استعمال کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب تک سلعہ کا کیسہ علیٰ حالہ رہتا ہے اغثاث شاید کبھی نہیں واقع ہوتا، اور جب کیسہ سلعہ کے خروج کے طبعی عمل کے دوران میں یا عملیتی مداخلت سے پھٹ جاتا ہے تو سرائت کے بعد اغثاث کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ رحم کی نفاسی عفونتی سرائت میں ایسا اکثر دیکھا جاتا ہے۔ اغثاث اور خروج کے عمل اکٹھے واقع ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ مفرط بے قاعدہ نزف اکثر واقع ہوتا ہے۔ ارتفاعِ تپش قاعدۃً متوسط درجہ کا ہوتا ہے، کیونکہ عنق میں سے مسیلیت بغیر کسی رکاوٹ کے ہو سکتی ہے جو کہ اُن رحمی انقباضات سے جو سلعہ کے خروج کے عمل کے ساتھ واقع ہوتے ہیں فراخ ہو جاتی ہے۔ ان اصابات میں بالیدوں کے خارج شدہ ٹکڑوں کے نسیجیاتی امتحان سے اکثر کوئی فیصلہ نہیں کیا جا سکتا کیونکہ مردہ بافتوں کے توشیہی تعاملات غائب ہو جاتے ہیں۔

سلعاتِ لیفیہ کے سلسلہ میں انضمامات عام طور پر نہیں پائے جاتے، اور جو انضمامات مبیض کے سلعات کی حالت میں پائے جاتے ہیں ان کے مقابلہ میں یہ بہت

قلیل الوقوع ہیں ٹریسی (Tracey) کے ۳،۵۶۱ اصابات میں سلعہ صرف ۳،۵ فی صدی میں منضم پایا گیا۔ انضمامات چار مختلف حالتوں کے تحت پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) بعض اوقات اختلاطِ عنق رقبہ کے اوپر مختنق المقام انضمامات بن جاتے ہیں، اور اس حالت میں ترب ہی وہ ساخت ہوتی ہے جس کے ساتھ یہ غیر معمولی پیچیدگی واقع ہوتی ہے۔ (۲) مختنق المقام انضمامات سرائت کے کسی خارج الرحم مزمن الوجود منبع یعنی ملتہب فلوپی نلی یا مبیض، زائدہ دودیہ، یا امعاء کے چنبر کے قرب وجوار میں پائے جا سکتے ہیں۔ (۳) سلعہ کی تمام باریطونی سطح کے عمومی انضمامات رحم کی سرائت سے واقع ہو سکتے ہیں۔ (۴) سلعہ اور ضمیمہ جاتِ رحم کے درمیان اس حالت میں بھی کثیف انضمامات پائے جاتے ہیں جب کہ مبیض میں "قیرگوں دویرے" ("tarry cysts") یا دروں رحمی سلعات (endometriomata) موجود ہوں (دیکھو صفحات 673 تا 675)۔

انضمامات کے موجود ہونے کی حالت میں سلعہ کی تمام حرکت پذیری شاذ و نادر ہی زائل ہوتی ہے، اور عملیہ سے پہلے ان کی شناخت کرنا مشکل ہوتا ہے۔ ان کی وجہ سے تمام اصابات میں درد پیدا نہیں ہوتا، اور سوائے اس کے ان کی اور کوئی اہمیت نہیں کہ ان سے عملیۂ استیصال کی جراحی وقتوں میں معتدبہ اضافہ ہو جاتا ہے۔

سلعاتِ لیفیہ کے خبیث تغیرات

چونکہ سلعاتِ لیفیہ خالصتہً میاں بافتی (میزنکائیمل) بالیدیں ہیں اس لئے ان میں صرف ایک ہی خبیث بعد تکوین واقع ہو سکتی ہے جو لازمی طور پر میاں ناتہضی (میسو بلاسٹک) ہوگی۔ ان سلعات میں مندرجہ ذیل تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ (۱) خبیث سلعاتِ عضلۂ املس (malignant leiomyomata) جو کثیر الخلایا ہوتے ہیں اور جن میں سروحات (metastases) پیدا کرنے کی استعداد پائی جاتی ہے، اگرچہ یہ بلحاظ نسیجیات خبیث نہیں۔ (۲) سلعاتِ لحمیہ جو خبیث بعد تکوین کے ذریعہ سے عضلی خلیات سے (دیکھو شکل ۲۹۱ اور ۲۹۲) اور سلعہ لیفیہ کی اتصالی بافت کے خلیات سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۳) گرد دروں حلمی سلعات (peri-endotheliomata) اور دروں حلمی سلعات (endotheliomata) جو کم خبیث سلعات ہیں اور سلعہ لیفیہ کے عروقِ خون اور عروقِ لمف سے پیدا ہوتے ہیں۔

شکل ۲۹۰ - سلعہ لیفیہ میں سارکومیٹس میٹا پلیز یا یعنی لحمی سلعی بعد تکوین - نیچے کی بالیدہ میں جو زیادہ بڑی بھی ہے ہموار منتجالش لحمی سلعہ کے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں جن میں دوری فضائیں موجود ہیں جو اختلاط یافتہ بافت اور خون پر مشتمل ہیں۔ کیسہ کلسی تھا - اوپر کے سلعہ لیفیہ کے مدوری منظر کا مقابلہ نیچے کے لحمی سلعہ کی ہموار تراش سے کیا جائے۔

چونکہ لیفی عضلی سلعہ میں برناہضی بافت (epiblastic tissue) موجود نہیں ہوتی اس لئے اس سلعہ کے اندر سے سرحلمی سلعہ اور سرطانی سلعہ کا پیدا ہونا غیر ممکن ہے، مگر سلعہ لیفیہ پر مزامن الوجود سرطانی سلعہ یا لحمی سلعہ کا حملہ ہو سکتا ہے۔

لحمی سلعی بعد تکوین (Sarcomatous Metaplasia) ۔لیفی عضلی سلعہ میں لحمی سلعی تغیر کے واقع ہونے کا امکان پہلے مشتبہ سمجھا جاتا تھا لیکن اب اسے تسلیم کر لیا گیا ہے۔ لیفی عضلی سلعہ [جس کے معیاری خلیات مضغیٔ لیفی ناہض اور املس ناہض (leioblast) ہیں] کی روئیداد اس وقت تک مکمل نہ ہوگی جب تک کہ اس میں خبیث بعد تکوین کی استعداد کا مظاہرہ نہ ہو۔

482

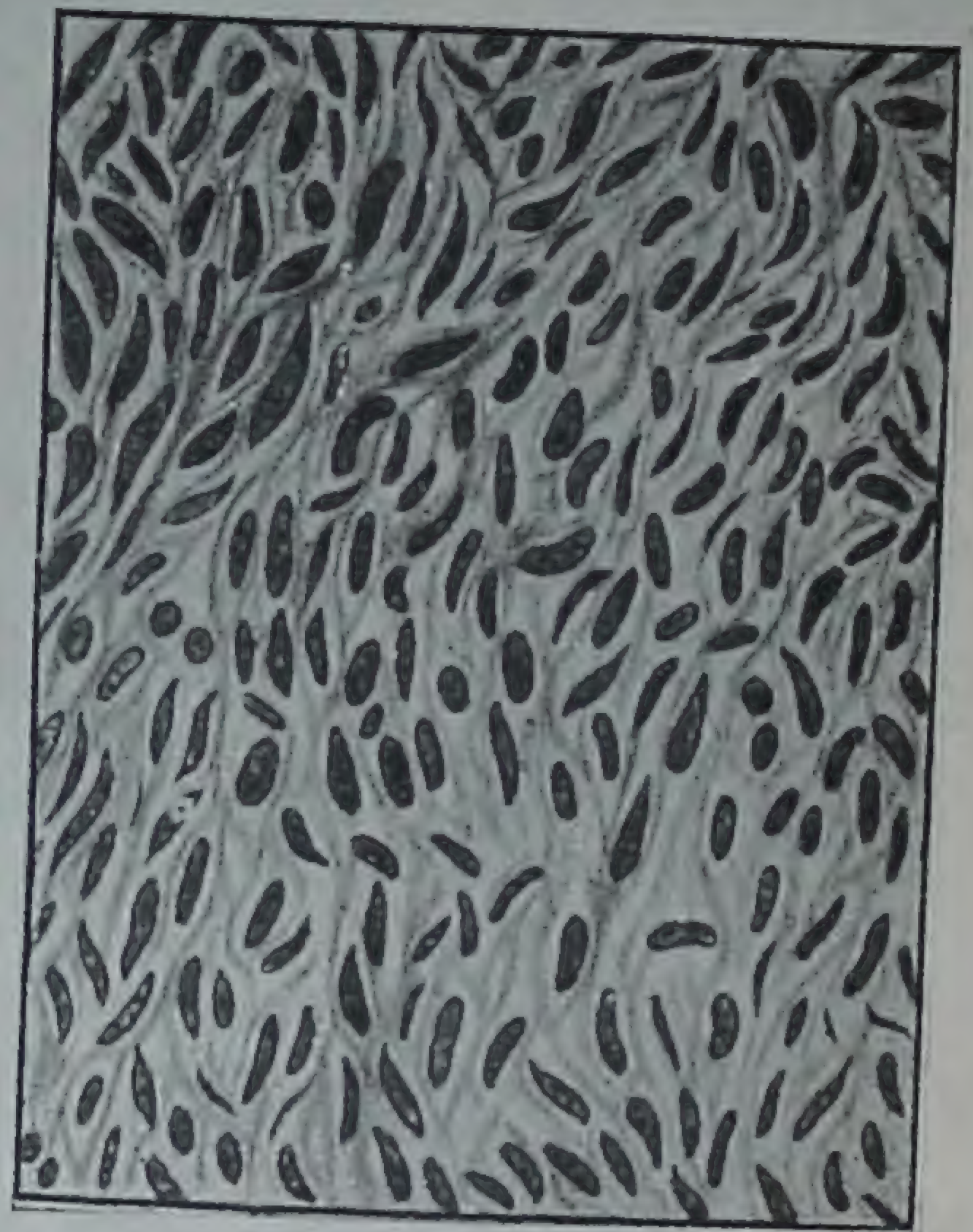
تواتر ۔ فہلنگ (Fehling) نے سلعاتِ لیفیہ کے ۲ فیصدی اصابات میں لحمی سلعی بعد تکوین دریافت کی۔ کلن (Cullen) نے ۱،۲۱ فیصدی، نوبل نے ۱،۸ فیصدی، اور ڈلیسی نے ۱،۵ فیصدی اصابات میں اس تغیر کے واقع ہونے کی اطلاع دی ہے۔ تازہ ترین اعداد و شمار کے لحاظ سے یہ تناسب اور بھی کم ہو گیا ہے، چنانچہ اب یہ ۱ فی صدی سے بھی کم تصور کیا جاتا ہے۔

یہ ایک مشہور و معروف سریری امر ہے کہ لیف آسا سعدانے یعنی ساقچہ دار تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ جو تراش پر سلیم معلوم ہوتے ہیں بار بار عود کر آتے ہیں، اور انجام کار ان میں لحمی سلعی تغیر پایا جاتا ہے۔ بہرحال ہر قسم کا سلعہ لیفیہ اس تغیر سے متاثر ہو سکتا ہے۔

لحمی سلعی رقبہ جات کے مناظر خالی آنکھ سے۔ جو لحمی سلعی تغیرات سلعہ لیفیہ میں واقع ہوتے ہیں وہ ابتدا میں خالی آنکھ سے شناخت نہیں کئے جا سکتے لیکن جب یہ بخوبی ترقی کر جاتے ہیں تو خبیث رقبہ کے جلی خصائص اردگرد کی غیر متغیر لیفی عضلی سلعی بافت سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ رقبہ اکثر واضح الحدود ہوتا ہے کیونکہ کٹی ہوئی سطح متجانس ہوتی ہے اور سلعۂ لیفیہ کی تراش کی طرح مدورہ دار نہیں ہوتی (دیکھو شکل ۲۹۰)۔ اسکی رنگت موتی کی مانند سفید ہونے کی بجائے زرد ہوتی ہے، اور خبیث بافت غیر متغیر لیفی عضلی سلعی بافت کی نسبت جس سے یہ محصور ہوتی ہے بہت نرم ہوتی ہے۔ لحمی سلعی رقبہ میں بعض اوقات انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اس میں دویرے پیدا ہو جاتے ہیں، نیز خون اور خون آلود سیال کے اجتماعات بھی اس میں پائے جاتے ہیں۔ یہ دموی دویرے باریک دیواروں والے مضغی شعری عروق کے انشقاق سے بنتے ہیں۔

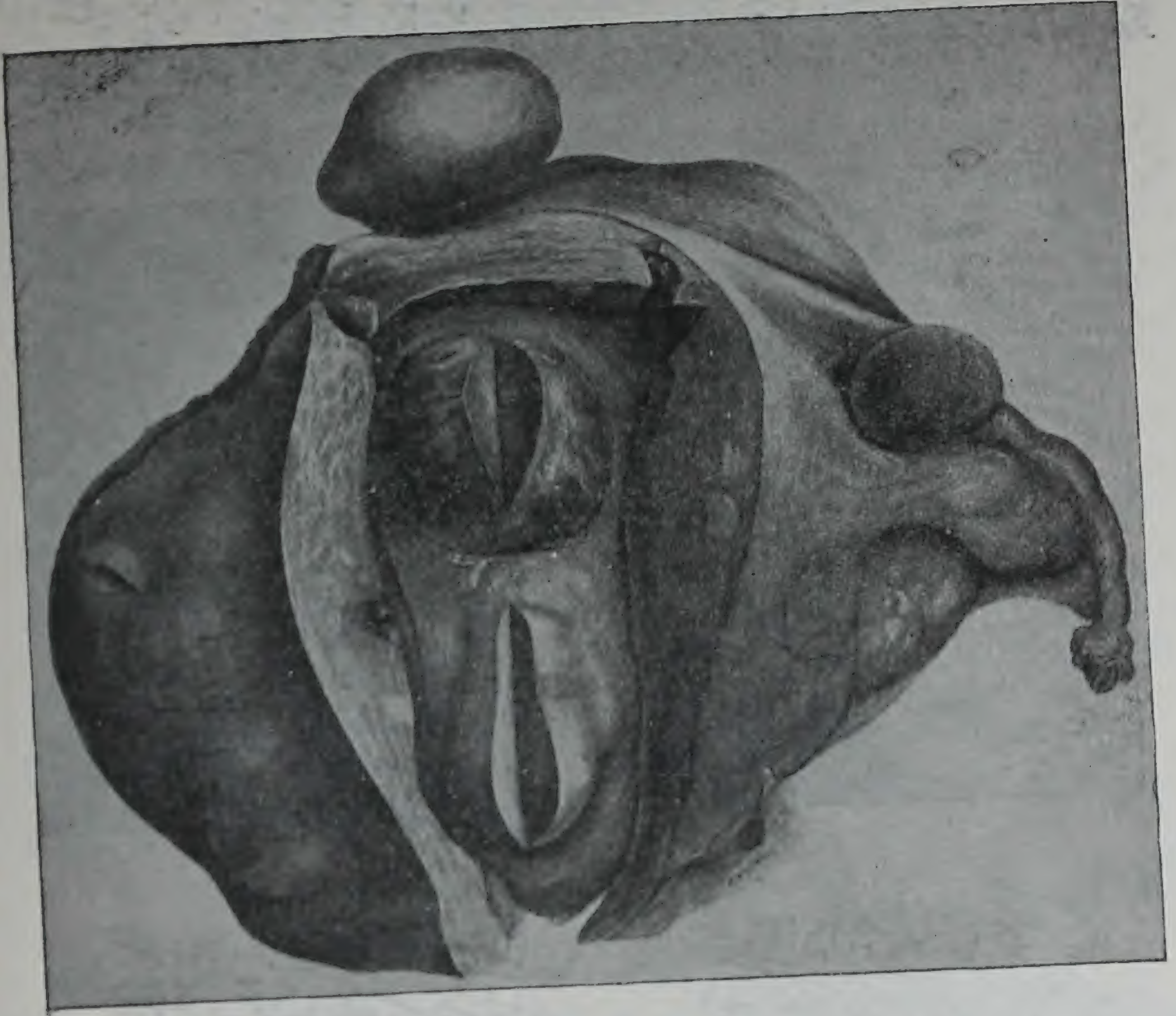
لحمی سلعی تغیر عام طور پر سلعہ لیفیہ کے مرکزی حصّہ میں شروع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۰)۔

خردبینی مناظر۔ بعد تکوین کا مطالعہ کرنے کے لئے تراشیں خبیث رقبہ کے محیط پر سے لینی چاہئیں۔ سلعہ لیفیہ میں سلعہ لحمیہ کے پیدا ہونے کے دو امکانی مآخذ ہیں یعنی اتّصالی بافت اور عضلہ۔ قبل الذکر میں بین عضلی لیفی بافت غیر طبعی طور پر کثیر الخلایا ہو جاتی ہے۔ جدید لحمی سلعی خلیات کے تودوں کے درمیان سے عضلہ بتمامہ یا جزوی طور پر غائب ہو جاتا ہے جس سے بالید کا

شکل ۲۹۱۔ رحم کے سلعہ لیفیہ کے عضلی خلیات کی لحمی سلعی بعد تکوین (سارکومیٹس میٹاپلیزیا)۔ چھوٹے چھوٹے ڈنڈے غیر متغیر عضلی خلیات ہیں، تکلہ نما اور جئی کی شکل کے خلیات خبیث ہیں۔

شکل ۲۹۲۔ رحم کے لیفی عضلی سلعہ کے عضلی خلیات کی لحمی سلعی بعد تکوین (سارکومیٹس میٹاپلیزیا)۔ خلیات کے شاخدار زائدوں کو غور سے دیکھا جائے۔

483

منظر ہیکی ہو جاتا ہے۔ نو بالید کے خلیات جب بڑھتے ہیں تو ان کے زائدے نکل آتے ہیں (دیکھو شکل ۲۹۲)، اور ان میں سے بعض گوشہ دار ہو جاتے ہیں، ان کے نواتات جسامت میں سر حلمی نواتات کے برابر ہو جاتے ہیں اور ان میں مِطیتی انقسام (mitotic division) پایا جاتا ہے۔

بالیدمیں باریک دیواروں والے بہت سے شعری عروق ہوتے ہیں جن کے انساع سے دموی دوبرے بن جاتے ہیں' اور ان میں اکثر اوقات وریدگیاں دیکھنے میں آتی ہیں جو رخنکی نزف کا باعث ہوتی ہیں۔ اگر بالید کے مرکز پر سے تراش لی جائے تو یہ تکلہ نما اور گول خلیات کی آمیزش سے

شکل ۲۹۳ - سلعہ لیفیہ جس پر سلعہ لحمیہ کا حملہ ہُوا ہے - کہفۂ رحم میں دو لحمی سلعی کر تیچے تحت مخاطی بالیدوں کی شکل میں ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔

مرکب دکھائی دیتی ہے' اور یہ بھی ممکن ہے کہ اتصالی بافت اور عضلہ دونوں خبیث بعد تکوین میں بیک وقت حصہ لیتے ہوں۔ بخلاف اس کے یہ بھی ثابت کیا جا چکا ہے کہ یہ تغیر صرف عضلی بافت میں بھی پیدا ہو سکتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۱ اور ۲۹۲)۔ عضلہ کی لحمی سلعی بعد تکوین سے عضلی لحمی سلعہ یا صحیح معنوں میں املس عضلی لحمی سلعہ (لیوٗ مائیوٗ سارکوما) پیدا ہوتا ہے۔ اس کا

صفحہ ۲۵

یہ ایک رحم ہے جس میں عدید عضلی سلعات (Multiple Myomata) اور سرطان دروں رحمہ کے ضرات اکٹھے موجود ہیں۔ سرطانی عمل بعض متصلہ عضلی سلعات پر حملہ آور ہے۔

مقابل صفحہ 484

امتیازی خاصہ یہ ہوتا ہے کہ دوکی (تکلہ نما) خلیات کی تعداد غالب ہوتی ہے اور زائدہ دار خلیات موجود ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۹۲) اور اسے عام طور پر دوکی خلیہ دار سلعۂ لحمیہ (سپینڈل سیلڈ سارکوما) کہا جاتا ہے۔ ادنیٰ قسم کے گول خلیے جو انفصالی بافت کی خبیث بعد تکوین میں دیکھنے میں آتے ہیں کم نمایاں ہوتے ہیں اور یا بالکل غائب ہوتے ہیں۔ انفصالی بافت کے زجاجی انحطاط اور عضلہ کی خبیث بعد تکوین کے درمیان جو قریبی تعلق پایا جاتا ہے اس کی طرف پہلے ہی توجہ دلائی جاچکی ہے۔

484

بعض اوقات ایسا سلعہ لحمیہ جو ابتدائی طور پر رحم کی دیوار میں پیدا ہوا ہو لیفی عضلی سلعات پر حملہ آور ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۳ اور ۲۹۴)۔ اسی وجہ سے یہ شک پیدا ہوگیا ہے کہ آیا صادق خبیث تغیر خود لیفی عضلی سلعی بافت میں نئے سرے سے پیدا ہوسکتا ہے۔

رحم کی عضلی دیوار میں جو محاط سلعہ لحمیہ پیدا ہوتا ہے اس کا اس سلعہ لحمیہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے جو سلعہ لیفیہ کے عضلہ سے پیدا ہوا ہو۔ دونوں لیفی لحمی سلعات ہوسکتے ہیں اور دونوں کا کیسہ ہوسکتا ہے لہٰذا بعض اصابات میں خبیث عمل کے مقام ابتدا کے متعلق کوئی فیصلہ کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ اگر خبیث تغیر کسی بڑے سلعہ لیفیہ کے مرکز میں پایا جائے تو یہ خیال کرنا مناسب ہوگا کہ یہ ابتدائی طور پر سلعہ ہی میں پیدا ہوا۔

سلعاتِ لیفیہ میں درحلمی سلعی تغیر (Endotheliomatous Change)

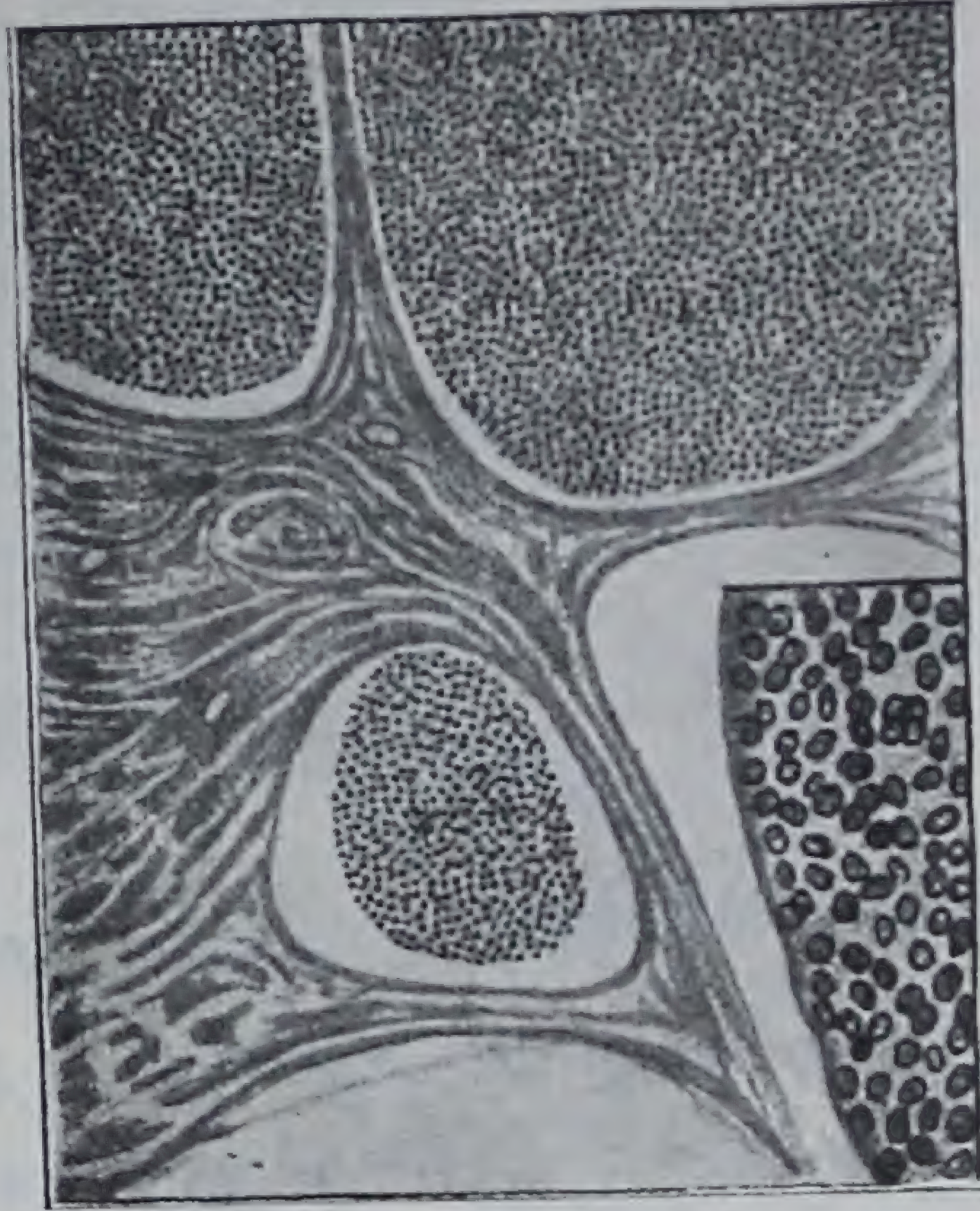
لیفی عضلی سلعات میں درحلمی اور گرد درحلمی سلعی تغیرات بہت نادر الوقوع ہیں۔ ان کی مزید تفصیلات کے لئے مطالعہ کنندہ کو "رحم کے سلعہ لحمیہ" کا باب دیکھنا چاہیئے (دیکھو صفحہ 569)۔

سلعاتِ لیفیہ اور رحم کا سرطان

سلعاتِ لیفیہ اور رحم کی خبیث بالیدوں کے اکھٹے پائے جانے کی دو صورتیں ہیں۔ (۱) سلعہ لیفیہ معہ سرطانِ عنق (دیکھو شکل ۲۹۵)۔ (۲) سلعہ لحمیہ معہ سرطانِ جسم رحم (دیکھو صفحہ ۲۵)۔ ان دونوں صورتوں میں سلعہ لیفیہ اور سرطانی سلعہ ایک دوسرے سے بے تعلق پیدا ہوتے ہیں، اور سرطان رحم پر جس میں پہلے ہی سے سلعہ لیفیہ موجود ہوتا ہے حملہ آور ہوتا ہے۔

سرطان کے متعلق یہ کہا جاسکتا ہے کہ جو سلعاتِ لیفیہ رحم برآری کے عملیہ سے دور کیئے جاتے ہیں ان میں سے ۲ یا ۳ فیصدی اصابات میں سرطان بھی موجود ہوتا ہے، اور یہ جسم رحم میں

عنقِ رحم کی نسبت ذرا زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ چنانچہ کیلی اور کلن نے ۱۴۰۰ اصابات میں سے جسمِ رحم کا سرطان ۸،۷ء۱ فی صدی میں اور عنق کا ۲۸ء۱ فی صدی میں دریافت کیا۔ نوبل نے ۱۱۱۸ اصابات میں سے ۴،۲ فی صدی میں جسم رحم کا اور ۱ فی صدی میں عنق کا سرطان معلوم کیا۔ ڈرتیسی نے ۳۵۶۱ اصابات میں ۷ء۱ فی صدی میں جسم رحم کا اور ۷ء۰ فی صدی میں عنق کا سرطان معلوم کیا۔ آگے چل کر جب سرطانِ رحم کا ذکر کیا جائے گا تو یہ معلوم ہوگا کہ یہ مرض عنقِ رحم میں جسمِ رحم کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے، مگر جب یہ سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ عارض ہوتا ہے تو اضافی تناسب معکوس ہو جاتا ہے۔

سلعہ لیفیہ کے مریض دوسری عورتوں کی نسبت اکثر عقیم ہوتے ہیں، اور اس سے اس امر کی کسی حد تک توجیہ ہو جاتی ہے کہ سرطان عنق کی نسبت جسمِ رحم میں کیوں زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

سرطان اور سلعہ لیفیہ چالیس سال کی عمر سے پہلے اکھٹے نہیں پائے جاتے، اور اگر پائے بھی جاتے ہیں تو شاذ و نادر ہی ایسا ہوتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ مذکورہ سابقہ اعداد و شمار سے یہ نتیجہ حاصل کیا جاتا ہے، کہ سلعہ لیفیہ سے مریض عورتوں میں دوسری عورتوں کے مقابلہ میں عمر کے وسطی حصہ کے آخر میں سرطان کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اس نتیجہ کی صحت میں شبہ ہے کیونکہ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ یہ اعداد و شمار صرف انہی اصابات سے جمع کئے جاتے ہیں جن پر رحم برآری کا عملیہ انجام دیا جاتا ہے، اور اس لئے یہ تعداد اُن عورتوں کی تعداد کا صرف ایک حصہ ہی ہے جن میں سلعاتِ لیفیہ موجود ہوتے ہیں۔ اگر اس تلازم کا اندازہ کرنا ممکن ہو جو سرطان کو سلعاتِ لیفیہ سے عام طور پر ہوتا ہے تو مذکورہ خیال میں بہت بڑی حد تک

شکل ۲۹۴ - سلعہ لیفیہ پر لحمی سلعی حملہ۔ درنشاندہ تصویر (ک) میں سلعہ لحمیہ کے خلیات $\frac{1}{6}$ انچ دہانہ (معروضی عدسہ) کے تحت دکھائے گئے ہیں۔

تبدیلی ہو جائے گی۔
ایسے واقعات ... وا سے زائد درج کئے جا چکے ہیں جنہیں مزمن الوجود سرطان یا تو اس عنق میں موجود تھا جو سلعہ لیفیہ کے لئے قریب الکل رحم برآری (sub-total hysterectomy)

شکل ۲۹۵ - عنق کا سرطان جو جسم رحم کے سلعہ لیفیہ کے ساتھ موجود ہے -
مریضہ کی عمر ۴۹ سال تھی۔

کا عملیہ انجام دینے کے بعد باقی رہی تھی اور یا اس کے ٹنڈ میں بعد میں پیدا ہو اتھا۔ بہر کیف اس کا مطلب یہ نہیں ہو سکتا کہ عنق کے ٹنڈ میں سرطان زدہ ہونے کی طرف کوئی رجحان پایا جاتا ہے،

کیونکہ رحم برآری کے ۹۰۰ اصابات میں سلسلہ وار تراشیں لینے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ ۲ فی صدی سے زائد اصابات میں مزامن الوجود سرطان عنق میں موجود تھا۔

سلعات لیفیہ میں خبیث تغیرات کے وقوع یا جسم رحم میں خبیث بالید کے مرافق تکون کی تشخیص سلعہ کو دور کرنے سے پہلے شاذ و نادر ہی کی جاسکتی ہے۔ لہٰذا مندرجہ ذیل حالتوں میں خباثت کے امکان کا خیال ہمیشہ رکھنا چاہیئے۔ (۱) جب کہ سن انقطاع الطمث کے اختتام پر سلعہ بڑا ہو جائے، (۲) جب کہ انقطاع الطمث کے بعد خون پھر جاری ہو جائے، (۳) جب کہ چالیس سال کی عمر کے بعد سلعہ کی بستگی نرم ہو اور یہ تیزی سے بڑھ رہا ہو، (۴) جب کہ مرض عود کر آئے مثلاً لیف آساسعدانہ کے دور کرنے کے بعد۔

486

اِن صورتِ حالات میں انفصالِ رحم میں تاخیر نہ کرنا چاہیئے۔

سلعاتِ لیفیہ کے عمومی سریری خصائص

جس طرح جسم انسان کے بعض حصّوں میں لیفی سلعات خاص طور پر کثیر الوقوع ہیں اسی طرح سلعاتِ لیفیہ رحم میں نہایت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ امتحانِ بعد الموت کے اندراجات کی بنا پر یہ بیان کیا گیا ہے کہ ان تمام عورتوں میں سے جو سنِ بلوغ کو پہنچتی ہیں ۲۰ تا ۲۵ فیصدی میں سلعاتِ لیفیہ رحم میں موجود ہوتے ہیں، مگر امتحاناتِ میت کے اندراجات سے جو قوم کی اموات کی ایک قلیل فی صدی تعداد پر مشتمل ہیں کوئی صحیح نتائج اخذ نہیں کئے جاسکتے ہیں۔ یہ یقین کرنے کے لئے بظاہر معقول وجہ موجود ہے کہ سلعاتِ لیفیہ سفید نسلوں کی نسبت سیاہ نسلوں میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ کی حبشی عورتوں کے متعلق یہ یقینی طور پر صحیح ہے، اور گیلرڈ تھامس (Gaillard Thomas) نے یہ بیان کیا ہے کہ بعض مشاہدین کا یہ خیال ہے کہ تیس سال سے زائد عمر کی حبشی عورتوں میں سلعاتِ لیفیہ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔

جس اضافی تواتر کے ساتھ یہ سلعات عمر کے مختلف حصوں میں پائے جاتے ہیں اس کے متعلق کوئی معتبر شہادت حاصل کرنا مشکل ہے۔ سلعاتِ لیفیہ زندگی کے صنفی زمانہ کے کسی حصہ میں بھی پیدا ہو سکتے ہیں، لیکن اس امر کے متعلق کوئی شہادت موجود نہیں کہ یہ کبھی سن بلوغ سے پہلے بھی پائے جاتے ہیں، یا یہ انقطاع الطمث کے بعد از سرِ نو پیدا ہوتے ہیں۔

بہت سے اصابات سنِ یاس کے گذر جانے کے بعد پہلی دفعہ سریری مشاہدہ میں آتے ہیں، لیکن ایسی حالتوں میں سلعہ شائد کچھ عرصہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے۔ پچیس سال سے کم عمر میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتے ہیں۔ بیس سال سے کم عمر میں یہ بہت ہی نادر الوقوع ہیں۔ بیس سال سے کم عمر کے موضوعات میں سلعہ لحمیہ کو سلعاتِ لیفیہ سے تمیز کرنے میں نہایت سخت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔

جس عمر پر سلعاتِ لیفیہ کے علامات نمودار ہوتے ہیں جن سے ان کے وجود کا انکشاف ہوتا ہے وہ عملی نقطۂ نظر سے اہم ہے۔ بہت سے اصابات میں ان سلعات سے کوئی اختلال پیدا نہیں ہوتا جب تک کہ ان کی جسامت معتدبہ نہ ہو جائے، اور جس وقت یہ مشاہدہ میں آتے ہیں وہ وقت ہرگز ان کی پیدائش کا نہیں ہوتا۔ اس امر پر عام طور پر اتفاق کیا جاتا ہے کہ سلعاتِ لیفیہ کے تکلیف دہ ثابت ہونے کا امکان پینتیس یا پینتالیس سال کے درمیان کے عاشورہ (decade) میں بہت ہوتا ہے، اور اسی عاشورہ میں کسی دوسرے عاشورہ کی نسبت ان سلعات کے لئے عملیات بھی زیادہ انجام دئے جاتے ہیں۔

کتخدا اور ناکتخدا عورتوں میں ان کے وقوع کے اضافی تواتر کے متعلق متضاد بیانات دئے جا چکے ہیں۔ عقم اور سلعاتِ لیفیہ میں جو تلازم پایا جاتا ہے وہ کافی توجہ کا مرکز رہا ہے، اور یہ معلوم ہوا ہے کہ جن عورتوں میں سلعاتِ لیفیہ موجود ہوتے ہیں ان میں سے ۳۰ فی صدی حقیقتہً عقیم ہوتی ہیں۔ اگر ہم عقم کی اوسط شرح ۱۰ فیصدی تسلیم کرلیں تو اس سے یہ نتیجہ نکلے گا کہ سلعاتِ لیفیہ کے موضوعات میں یہ شرح اوسط شرح سے تین گنا ہے۔ بعض سریری مشاہدین عقم کو ان سلعات کی پیدائش کے لئے ایک مساعد سبب خیال کرتے ہیں اور بعض سلعاتِ لیفیہ کو عقم کا باعث تصور کرتے ہیں۔ اس امر کی طرف پہلے بھی اشارہ کیا جا چکا ہے کہ سلعاتِ لیفیہ کے ہمراہ قلوپی نلیوں میں مزمن التہابی تغیرات ایک غیر معمولی کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ چونکہ یہ تغیرات دوجانبی ہوتے ہیں اس لئے بلالحاظ سلعات عقم ان سے لازمی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ اگر قلوپی نلیاں التہاب سے مختوم ہو چکی ہوں تو سلعاتِ لیفیہ کو عقم کا باعث تصور کرنا غلط ہے۔ ان اصابات میں عوارض کی ترتیب شائد یہ ہے، التہاب انبوبہ، عقم، سلعاتِ لیفیہ۔ یہ ممکن ہے کہ ان صورت حالات میں عقم سلعاتِ لیفیہ کا ایک معد سبب ہو۔ بخلاف اس کے اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ ایسی بہت سی

عورتیں ہیں جن میں سلعات لیفیہ پائے جاتے ہیں مگر ان سے پہلے ان کو اولاد پیدا ہونے کی روئداد موجود ہوتی ہے، اور یہ فرض کرلینا اکثر حالتوں میں غیر مناسب ہوگا کہ اس قسم کے سلعات باروری کے زمانے میں موجود ہی نہیں تھے۔ اس موضوع کے متعلق اس وقت اس سے زیادہ اور کچھ نہیں کہا جاسکتا کہ ممکن ہے کہ عقم سلعاتِ لیفیہ کی پیدائش کا ایک معد سبب ہو۔ بخلاف اس کے ہمیں یہ مان لینا چاہیے کہ صرف وہی سلعاتِ لیفیہ "مطلق" یا "اضافی" عقم کے پیدا کرنے کے اہم اسباب میں سے ہیں جو اپنے محل وقوع کے لحاظ سے کہفہ رحم پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

وہ مقامی یا عمومی اصلی حالات ابھی تک بالکل معلوم نہیں ہوئے جو سلعاتِ لیفیہ کی پیدائش کا باعث ہیں۔

سلعاتِ لیفیہ اور حمل

اس موضوع کی مفصل بحث علم القبالت کی درسی کتابوں میں موجود ہے، اس لئے یہاں ہم صرف چند اہم امور کا مختصر سا ذکر کریں گے۔

دورانِ حمل میں اسقاط کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے، اور وضعِ حمل کے دوران میں شدید سے گاہے گاہے شدید مشکلات پیدا ہوجاتی ہیں۔ زمانۂ نفاس میں رحم کے سرائت زدہ ہوجانے سے اس میں اغتنات کے واقع ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اگر کوئی تحت مخاطی سلعہ سرائت زدہ نہ بھی ہو تو بھی شدید نزف کے ساتھ اس کے خروج کا امکان ہوتا ہے، یا اس میں انحطاط واقع ہوسکتا ہے مثلاً تنخر بافت (necrobiosis)۔ بایں ہمہ سلعہ لیفیہ والی عورت کو صرف ایک ہی اولاد کا نہیں بلکہ کئی اولادوں کا، بغیر کسی حادثہ کے پیدا ہونا عین ممکن ہے۔ تحت مخاطی اور رخنکی بالیدیں تحت مصلی سلعاتِ لیفیہ کی نسبت تناسلی وظائف کے لئے زیادہ مضر ہوتی ہیں۔ صرف وہی سلعات متشدد وضع حمل کا باعث ہوتے ہیں جو عنق یا کہفۂ رحم کے حصۂ زیریں میں پیدا ہوتے ہیں۔

بنابریں وضع حمل کا مدتِ حمل کے اختتام تک انتظار کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ (۱) سلعہ سے شدید پیچیدگیاں پیدا نہ ہوں، یا (۲) سلعہ اس طرح واقع نہ ہو کہ اس سے وضع حمل کے

دوران میں ایسی رکاوٹ کا پیش آنا ناگزیر ہو جو دور نہ کی جا سکے۔ قبل الذکر حالت میں اگر ممکن ہو تو مزاحم سلعہ کو عضلی سلعہ برآری کے عملیہ سے دور کر دینا چاہئے اور رحم کو چھوڑ دینا چاہئے۔ عملیات کے جدید طریقہ ہائے عمل سے فائدہ اٹھانے اور ہر احتیاط کرنے کے باوجود اس عملیہ سے اسقاط کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔ ڈیوائن (Devine) نے ۱۳۰ اصابات جمع کئے ہیں جن میں شرح اسقاط ۲۳ فیصدی تھی۔

دورانِ حمل میں اس امر کا فیصلہ کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے کہ آیا کوئی سلعہ لیفیہ وضع حمل کے دوران میں رکاوٹ پیدا کرے گا یا نہیں۔ اگر سلعہ لیفیہ عنق میں واقع ہو تو خطرناک رکاوٹ ناگزیر ہوتی ہے۔ اگر یہ جسم رحم میں واقع ہو اور اس کے حصۂ زیرین پر اثر انداز نہ ہو تو یہ غالباً رکاوٹ پیدا نہیں کرے گا۔ مگر بعض سلعاتِ لیفیہ ایسے بھی ہوتے ہیں جو ان محلات کے بین بین واقع ہوتے ہیں۔ ایسے سلعات کا جو اثر ولادت پر ہوتا ہے اسکے متعلق یقین سے کچھ نہیں کہا جا سکتا۔ منرو کر (Munro Kerr) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ ایسا بسا اوقات ہوتا ہے کہ حمل کے ابتدائی مہینوں میں کسی سلعہ کے متعلق یہ معلوم ہوتا ہے کہ طبعی ولادت کے دوران میں یہ ایسی رکاوٹ پیش کرے گا جو دور نہ ہو سکیگی، لیکن بعد میں یہ کھچ کر بالکل شکم کے اندر چلا جاتا ہے اور بچے کے گذرنے کے لئے راستہ بن جاتا ہے۔ جب ولادت میں رکاوٹ پیدا ہونے کے متعلق یقین سے پیش گوئی کی جا سکے یا اس کی پیدائش کا احتمال بھی ہو تو مریضہ کو وضع حمل کے متلازم شدید خطرہ سے بچانے کے لئے عملیہ قیصریہ سے ولادت کرادی جائے۔ اس عملیہ کے ساتھ مندرجہ ذیل عملیے بھی انجام دئے جا سکتے ہیں۔ (۱) عضلی سلعہ برآری (myomectomy) (قیصری عضلی سلعہ برآری : Cæsarean myomectomy) بشرطیکہ سلعہ لیفیہ مجرد ہو اور اس کا انقاف بآسانی کیا جا سکتا ہو، اور مریضہ کی عمر چالیس سال سے کم ہو۔ (۲) رحم برآری (hysterectomy) (قیصری رحم برآری : Cæsarean hysterectomy) تندرست بیضنین کی صیانت کے ساتھ۔ قبل الذکر عملیہ اگرچہ نظری طور پر قابل ترجیح ہے لیکن ممکن ہے کہ یہ قیصری رحم برآری کی نسبت زیادہ مشکل اور خطرناک ثابت ہو، بخلاف اس کے اگر قیصری رحم برآری میعادِ حمل کے اختتام پر یا اس کے قریب انجام دی جائے تو یہ اُس رحم برآری سے زیادہ تشویشناک ثابت نہیں ہوتی جو حمل کے ابتدائی زمانہ میں کی جاتی ہے جب کہ بچہ ناقابلِ حیات ہوتا ہے۔ بچہ کے مفاد کے مدنظر عملیہ کو میعادِ حمل کے اختتام تک ملتوی کر دینا چاہئے۔ سلعاتِ لیفیہ کی موجودگی کی حالت میں اسقاط یا قبل از وقت ولادت کے امالہ کا مشورہ نہیں دیا جا سکتا کیونکہ یہ ممکن ہے کہ سلعہ لیفیہ کا

488

محل وقوع عنق کے اتساع کو مشکل بنادے، اور اگر رحم کو خالی کرنے کے لئے مداخلت ضروری ہو تو خطرناک میکانی رکاوٹوں کو رفع کرنا پڑے اور خود سلعہ لیفیہ کا تغذیہ معرض خطر میں آجائے۔

علامات

سلعہ لیفیہ سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ بہت سے اصابات میں چھوٹے سے سلعہ سے بالکل کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے، اور صحت پر اس کا کچھ اثر نہیں ہوتا اور اس کا انکشاف محض اتفاق ہی سے ہوجاتا ہے۔ بعض سلعات جو بڑے ہوجاتے ہیں اپنی جسامت کی وجہ سے قابل توجہ ہوتے ہیں جس سے شکم میں ایک نمایاں کلانی پیدا ہوجاتی ہے، اور بالید کے کریہجی خاصہ کی وجہ سے اس کا تشاکل بھی اکثر باقی نہیں رہتا۔ شکم کی یہ کلانی اسی امر سے اس کلانی سے تمیز کی جاتی ہے جو بیضی دورہ سے پیدا ہوتی ہے اور جو بالعموم باقاعدہ اور یکساں ہوتی ہے۔ بہرکیف سلعاتِ لیفیہ میں جو کئی سال تک بے ضرر رہے ہوں انجام کار کم و بیش شدید علامات پیدا کرنے کا ایک عمومی رجحان پایا جاتا ہے۔ سلعاتِ لیفیہ سے مریض عورتوں میں سے ایسی بہت ہی کم ہوں گی جن کو ان کے مضر اثرات کی کسی نہ کسی وقت شکایت نہ ہوئی ہو، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ ان اثرات کا ظہور کئی سال ملتوی رہے۔

سلعاتِ لیفیہ سے کلانی شکم، نزف، درد، دباؤ کے علامات، تناسلی وظائف کے اختلالات، اور سیلان ابیض پیدا ہوسکتے ہیں، اور بعض دوسرے بلا واسطہ اور بعید علامات مثلاً بے دمویت، قبض، سوءِ ہضم اور عصبی نہاکت بھی عارض ہوسکتے ہیں۔ علاوہ ازیں سلعات میں جو ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں ان کے نتیجہ کے طور پر سریری خصائص میں نمایاں تبدیلیاں پیدا ہوسکتی ہیں جو سابق الوجود علامات کے اشتداد، حاد یا تحت الحاد شکمی علامات کے ظہور، یا مثانہ کے وظائف کے ناگہانی اختلالات پر مشتمل ہوتی ہیں۔

اہم علامات کا اب فرداً فرداً ذکر کیا جاسکتا ہے۔

نزف ۔ سلعاتِ لیفیہ میں جو عام ترین سریری علامت پائی جاتی ہے وہ مفرط ماہواری جریانِ خون ہے جس میں کثرتِ طمث اور امتدادِ طمث (menostaxis) دونوں

شامل ہیں، مگر یہ ہمیشہ دیکھنے میں نہیں آتی۔ بڑے بڑے سلعات کے ساتھ بعض اوقات یہ علامت موجود نہیں ہوتی، اور بعض اوقات کافی چھوٹے سلعات سے بھی مفرط اور خطرناک نزف پیدا ہو جاتا ہے۔ جریانِ خون کا انحصار دراصل بالیدگی جسامت کی نسبت اس کے محلِ وقوع پر ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں نزف کے پیدائش کے دوسرے اسباب بھی ہیں جن کا جاننا ضروری ہے۔ (۱) کہفۂ رحم کی جسامت کی کلانی جس سے درون رحمہ سے پوشیدہ رقبہ بڑھ جاتا ہے، (۲) درون رحمہ کی مزاحمن الوقوع وبازت جو یا تو منتشر ہوتی ہے اور یا سعدانہ نما، (۳) سلعہ سے پیدا شدہ میکانی رکاوٹ جو رحم کے عضلی انقباض میں مخلل ہوتی ہے جو طبعی صورتِ حالات میں خونِ حیض کو بند کرنے کا ایک اہم سبب ہے، (۴) لیفینی سعدانہ کا تکون۔ جب انحطاطی یا خبیث تغیرات واقع ہوتے ہیں، یا جب کہ سلعہ سرائت زدہ ہو جاتا ہے تو جدید علامات کا ایک مجموعہ پیدا ہو جاتا ہے جو نزف کے لئے مساعد ہوتا ہے۔ تحت مصلی، درون رباطی، اور پس باریطونی سلعاتِ لیفیہ بعض اوقات رحم میں موجود رہتے ہیں اور بڑی جسامت بھی اختیار کر لیتے ہیں، لیکن یہ کہفۂ رحم اور درون رحمہ کو بڑی حد تک متاثر نہیں کرتے اور اس لئے ان کی وجہ سے نزف واقع نہیں ہوتا۔ بخلاف اس کے چھوٹی چھوٹی تحت مخاطی بالیدیں بعض اوقات خطرناک نزف پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی ایسے اصابات میں جن میں نزف میں بالکل کوئی زیادتی واقع نہیں ہوتی تحت مخاطی سلعہ لیفیہ پایا جاتا ہے جس کے ساتھ کہفۂ رحم بھی کلانی یافتہ ہوتا ہے، لیکن بادی النظر میں اس قسم کے سلعاتِ لیفیہ سریری نقطۂ نظر سے نہایت شدید نزف سے مختص ہوتے ہیں۔ جہاں تک نزف پیدا کرنے کا تعلق ہے رختی سلعاتِ لیفیہ کو متوسط درجہ حاصل ہے، اور جریانِ خون کا انحصار کہفۂ رحم کی کلانی اور اسکے تکویہ (distortion) پر ہوتا ہے جو ان سے پیدا ہوتے ہیں اور نیز یہ درون رحمی بیش تکون کے اس درجہ پر بھی منحصر ہوتا ہے جو اس وقت موجود ہو۔

شدید اصابات میں ماہواری ایام طویل المدت (امتداد طمث :menostaxis) اور مفرط (کثرت طمث) ہوتے ہیں، اور حیضی وقفے چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ جب کثرت طمث نمایاں ہوتی ہے تو توازنِ حیض کی باقاعدگی بخوبی برقرار نہیں رہتی، اور کئی دن کی کمی بیشی اکثر پائی جاتی ہے۔ جب نزف متوسط درجہ کا ہوتا ہے تو کثرتِ طمث بعض اوقات ایک طویل عرصہ تک جاری رہتی ہے اور ان عورتوں پر جو بلحاظ دیگر تندرست ہوتی ہیں کوئی زیادہ اثر نہیں ہوتا۔

نوبی نقصانات خون کو پورا کرنے کی استعداد ہر فرد میں مختلف ہوتی ہے، اور بہت سی عورتوں میں ثانوی بے دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور جب جریانِ خون کے اوسط معیار کا اندازہ کیا جاتا ہے تو اس کی مقدار زیادہ بھی نہیں پائی جاتی۔ اس سے یہ ظاہر ہے کہ جریانِ خون کی اہمیت کا اندازہ اس کی مقدار سے نہ کرنا چاہیئے بلکہ اس کے اثرات سے کرنا چاہیئے۔ جب مریضہ یہ شکایت کرے کہ ماہواری ایام کے بعد اسے سابقہ توانائی دو یا تین ہفتے کے بعد حاصل ہوتی ہے تو یہ یقینی طور پر کہا جا سکتا ہے کہ نقصانِ خون زیادہ ہو رہا ہے اور یہ عمومی مضر اثرات کے بغیر پورا نہیں ہوتا۔ ایسے اصابات میں دموی شمارات کرنے چاہئیں، اور قلب اور دورانِ خون کی حالت کو بغور دیکھنا چاہیئے۔

بین حیضی نزف سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ نسبتہً قلیل الوقوع ہے۔ اس کا براہ راست تعلق غالباً ناقص تبویض کے ساتھ ہے جو تبیض میں ان تغیرات کے واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے جو رحم کی نوساختوں کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (دیکھو صفحہ 471)۔ امتدادِ طمث بھی اُن لیفیتی تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ (یا لیپانڈ سب میوکس فائیبرانڈس) کا ایک خاصہ ہے جن میں تنخر واقع ہو رہا ہو۔ اس قسم کا خفیف سا نزف تحت مخاطی اور رخنگی سلعاتِ لیفیہ کے موجود ہونے کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے، اور اسے دروں رحمہ کی مقامی مزامن الوقوع وبازت سے منسوب کیا جاتا ہے خاص کر جب کہ یہ سعدانی ہو۔ مخاطی سعداتوں کو جو تلازم رحم کے سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ ہے اس کا بیان پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 470)۔ جب بین حیضی نزف حقیقتہً مفرط ہوتا ہے تو یہ عام طور پر پایا جاتا ہے کہ یا تو کوئی لیفیتی سعدانہ موجود ہوتا ہے اور یا یہ بن رہا ہوتا ہے۔ اس قسم کے چھوٹے سے سعدانہ سے بعض اوقات نہایت ہی خطرناک شدت کا نزف واقع ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ دورانِ خروج میں اس کے کیسہ کے عروق دریدہ ہو جاتے ہیں۔

سلعاتِ لیفیہ سے مہلک نزف واقع ہونے کی مثالیں اگرچہ بہت کم دیکھنے میں آتی ہیں لیکن ان کا اندراج وقتاً فوقتاً کیا جا چکا ہے۔ ان میں ہلاکت ایک ہی شدید نزف سے واقع نہیں ہوئی تھی بلکہ تھوڑے تھوڑے وقفوں پر نزف کے بالتکرار واقع ہونے سے ہوئی تھی۔ شدید جریانِ خون کے بعد کسی قدر جدید نزف سے جسے تندرست فرد بغیر کسی تکلیف کے برداشت کر لیتا ہے موت واقع ہو سکتی ہے۔

سلعاتِ لیفیہ سے بعض اوقات داخلی نزف واقع ہو سکتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں بڑی بڑی زیر باریطونی بالیدیں بن جاتی ہیں، اور کبھی کبھی یہ دوالی نما بھی ہو جاتی ہیں، یا بعض اوقات وریدی انور سما بن جاتا ہے جیسا کہ ایک اصابہ میں دیکھنے میں آیا تھا جس کا اندراج سپنسر نے کیا ہے۔ جو وریدیں بڑے سلعہ کی سطح پر سے گذرتی ہیں ان کا محل متکشف ہوتا ہے اور یہ اس لئے بعض اوقات کسی بلا واسطہ ضرر سے پھٹ جاتی ہیں، جس سے شدید داخلی نزف واقع ہوتا ہے۔ ہم نے شدید داخلی نزف کی ایک مثال کا اندراج کیا ہے جس میں نزف ایک ایسے عضلی سلعی رحم کی سطح پر کی ایک بڑی ورید کے انشقاق سے واقع ہوا تھا جس میں حاد تلوی موجود تھا (بی۔ ڈبلیو)۔ عجزی طنف (سیکرل پرومنٹوری) پر مضغوط ہو جانے سے ورید کی دیوار متقرح ہو سکتی ہے، جیسا کہ بروس کلارک (Bruce Clarke) کے ایک مندرجہ اصابہ میں ہوا تھا۔ کبھی کبھی ایسا بھی ہوا ہے کہ سلعہ لیفیہ شکم پر شدید ضرب لگنے سے دریدہ ہو گیا ہے، اور اس سے بھی مفرط داخلی نزف پیدا ہوتا ہے۔

490

نزفِ رحم پر سلعاتِ لیفیہ کا جو اثر ہوتا ہے اس کے متعلق ایک اہم امر سے آگاہ ہونا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ انقطاع الطمث عموماً اپنے وقوع کی اوسط تاریخ کے کئی سال بعد تک ملتوی رہتا ہے۔ جب سلعاتِ لیفیہ موجود ہوں تو سنِ یاس پینتالیس سے پچاس سال تک کی بجائے پچاس سے پچپن سال تک تصور کرنا چاہئے۔ یہ تغیر صرف انہی اصابات سے مخصوص نہیں جو غیر طبعی جریانِ خون سے مختص ہیں بلکہ یہ تمام اقسام کے سلعاتِ لیفیہ کا ایک عام خاصہ ہے۔ جن اصابات میں بے قاعدہ نزفات معمولی سنِ یاس کے بعد بھی جاری رہتے ہیں ان کو آجل انقطاع الطمث کی مثالیں ہرگز نہ تصور کرنا چاہئے، اور صرف انہی اصابات کو ایسا تصور کرنا مناسب ہوتا ہے جن میں ماہواری نقصاناتِ خون باقاعدہ جاری رہیں۔

درد۔ درد سلعاتِ لیفیہ کی عام علامت نہیں، اور جب یہ موجود ہوتا ہے تو کئی ایک اصابات میں یہ ان پیچیدگیوں سے بلا واسطہ پیدا ہوتا ہے جو یا تو سلعہ پر اور یا دوسری ساختوں پر جو رحم کی ہم پہلو ہوتی ہیں اثر انداز ہوتی ہیں۔

بہر کیف غیر پیچیدہ سلعاتِ لیفیہ دو طرح سے درد پیدا کر سکتے ہیں۔ (ا) فعل حیض کو درد خیز بنانے سے، (ب) ارد گرد کے عروق اور اعصاب کو مضغوط کرنے سے۔
دردِ حیض یا تو انقباضِ رحم میں رخنگی یا تحت مخاطی بالیدہ سے میکانی مداخلت کے

پیدا ہونے سے منسوب کیا جاتا ہے اور یا یہ اُس مفرط عضلی انقباض سے پیدا ہوتا ہے جو کسی لیفیتی سعدانہ کی موجودگی سے معکوس طور پر واقع ہوتا ہے۔ شدید وجع الحیض غیر پیچیدہ سلعاتِ لیفیہ سے بہت کم پیدا ہوتا ہے، اور جیسا کہ نزف کی حالت میں پایا جاتا ہے وہ سلعاتِ لیفیہ جو تحت مصلی ہوتے ہیں اس لحاظ سے سب سے زیادہ بے ضرر ہیں۔ جن پیچیدگیوں کا ذکر بطور اسباب نیچے کیا گیا ہے ان میں سے دورانِ حیض میں کئی ایک سے درد پیدا ہو سکتا ہے، لہٰذا یہ علامت سلعہ سے بلاواسطہ منسوب نہیں کی جا سکتی تاوقتیکہ یہ غیر پیچیدہ اصابہ میں نہ پائی جائے۔

جو سلعات کہفۂ حوض میں منغرز ہو جاتے ہیں ان کی وجہ سے دباؤ پیدا ہونے سے بھی درد پیدا ہوتا ہے، لیکن ایسی حالتوں میں دباؤ سے پیدا شدہ دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، اور اس لئے دباؤ کے مختلف اثرات کا ذکر آگے چل کر کیا گیا ہے۔

جب شدید درد موجود ہوتا ہے، خواہ یہ حیضی ہو یا بین حیضی، تو پیچیدگیوں کے موجود ہونے کا شبہ کرنا چاہئے۔ جو پیچیدگی سب سے زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے وہ شاذ نلیوں اور بیضیین کا مزمن الوقوع مرض ہے۔ ان اعضا کے مزمن التہاب سے بعض اوقات شکم میں کم و بیش مستقل درد یا تکلیف پیدا ہو جاتی ہے جو جسمانی ازکار رفتگی کا باعث ہوتی ہے، اور اس سے شدید قسم کے درد کے متوالی حملے بھی ہوتے ہیں۔ مزید برآں سلعہ لیفیہ کے ساتھ بیضی دویرہ بھی موجود ہو سکتا ہے، اور ایسی حالت میں بیضی دویرہ کے کہفۂ حوض کے ساتھ منضم ہو جانے کا غیر معمولی احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ (دویرہ) سلعہ لیفیہ سے، جو اس کے اوپر پڑا ہوتا ہے، دبا رہتا ہے اس لئے اس کا دورانِ خون رک جاتا ہے اور التہابی تعامل بآسانی شروع ہو جاتا ہے جس سے تکوینی التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ سلعہ لیفیہ اور درون رحمیت (دیکھو صفحہ 674) کے درمیان جو تلازم اکثر پایا جاتا ہے اس کو اس سلسلہ میں نظر انداز نہ کرنا چاہئے۔ الف۔ ای۔ کین (F. E. Keen) اور آر۔ اے۔ کمبرو (R. A. Kimbrough) نے حال ہی میں درون رحمیت کے ۱۱۸ اصابات میں سے ۴۵ء۵ فیصدی میں رحم میں مزامن الوجود سلعاتِ لیفیہ کے پائے جانے کا اندراج کیا ہے۔ ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ کنگ (W. W. King) نے بھی اسی امر کی طرف توجہ دلائی ہے اور اپنے اصابات میں سے ۲۲ فی صدی میں سلعاتِ لیفیہ کے موجود ہونے کی اطلاع دی ہے۔

ثانیاً سلعہ کے اندر ایسے تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جن سے درد پیدا ہوتا ہے۔ ان میں سے

ایک تغیر جس سے علامات اکثر وبیشتر پیدا ہوتے ہیں سرائت ہے۔ حاد سرائت جس سے تحت مخاطی یا زخنی سلعہ لیفیہ میں اغثاث واقع ہوجاتا ہے ابتدائی مدارج میں شدید درد اور ارتفاع تپش پیدا کرتی ہے۔ مزمن سرائت سے سلعہ کے اردگرد باریطونی انضمامات پیدا ہوجاتے ہیں اور بعض اوقات خلوی بافت میں دبازت اور تصلب واقع ہوجاتے ہیں۔ منضم سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ بعض اوقات تحت الحاد یا کم وبیش دائمی درد پایا جاتا ہے جو فعلِ حیض سے پہلے اور اس کی ابتدا پر شدید ہوجاتا ہے۔

سرخ انحطاط یا نخرِ بافت بھی درد اور شکم کی تکلیف کے ساتھ بہت سے اصابات میں پایا جاتا ہے اگرچہ یہ ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔

تحت مصلی ساقچہ دار سلعہ لیفیہ یا سلعہ لیفیہ والے رحم کی محوری گردش بھی درد کا باعث ہوتی ہے جو پہلے پہل تو سلعہ سے وریدی خون کے واپس جانے میں رکاوٹ پیدا ہونے اور بعد میں التہابی باریطونی انضمامات کے واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسا حمل کے دوران میں ہوسکتا ہے اور یہ حادثہ ہم میں سے ایک (ٹی۔ ایل) کے مشاہدہ میں دو مرتبہ آیا ہے۔

اس قسم کے شاذ واقعہ کے علاوہ تمام مدت حمل میں بہت سی تکلیف اکثر پائی جاتی ہے اور یہ بعض اوقات زمانۂ نفاس تک میں بھی جاری رہتی ہے۔ یہ تمام اصابات میں انحطاطی اعمال سے پیدا نہیں ہوتی گو حمل ان حالتوں میں سے ہے جو سرخ انحطاط کے لئے مساعد ہیں۔ دورانِ حمل میں بعض اوقات سلعاتِ لیفیہ رحم کے ساتھ ساتھ تیزی سے بڑھ جاتے ہیں اور اس طرح سلعہ کا مجموعی حجم بہت بڑھ جاتا ہے، اور اس لئے دباؤ کے اثرات کو مستثنیٰ قرار نہیں دیا جاسکتا۔

درد کے سریری خاصہ سے اُس پیچیدگی کی نوعیت جس سے یہ پیدا ہوتا ہے کسی طرح بھی تمیز نہیں کی جاسکتی۔ یہ ہمیشہ شکم کے حصۂ زیرین سے منسوب ہوتا ہے، اور ایک جانب کی نسبت دوسری جانب پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے، اور بعض اوقات نیچے کی طرف رانوں میں چلا جاتا ہے۔ قطنی اور عجزی درد عموماً ایسے دباؤ کا امتیازی خاصہ ہوتا ہے جو حوض میں سلعہ لیفیہ کے منغرز ہونے سے پیدا ہوا ہو۔ دردِ شکم کے حاد یا تحت الحاد متوالی حملے ان التہابی پیچیدگیوں کی طرف اشارہ کرتے ہیں جن سے نلیاں اور باریطون ماؤف ہوگئے ہوں۔ جن سلعاتِ لیفیہ سے درد پیدا ہوتا ہے وہ جس کرنے پر عام طور پہ الیم ہوتے ہیں مگر جن سلعات میں کوئی تغیر موجود نہیں ہوتا وہ ایسے نہیں ہوتے۔

دباؤ کے علامات ۔ سلعہ لیفیہ کے دباؤ کا عام ترین اثر مثانہ کے سلسلہ میں پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اثر اتنی کثرت سے دیکھنے میں نہیں آتا جتنی کثرت سے کہ رحم اور مثانہ کے تشریحی تعلقات کی وجہ سے اس کے دیکھنے کی توقع کی جا سکتی ہے۔ جو عظیم الجسامت وزنی سلعات حوض سے شکم کے بالائی حصہ تک پہنچ جاتے ہیں ان سے مثانہ کے انبساط میں تشویشناک مداخلت کے وقوع کی اُمید کیجا سکتی ہے، لیکن حقیقت میں ایسا بہت کم اصابات میں ہوتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مثانہ میں متغیر صورتِ حالات کے ساتھ موافقت پیدا کر لینے کی معتدبہ استعداد موجود ہے، اور اگر معمولی سمتوں میں اس کا انبساط نہ ہو سکے تو یہ دوسری سمتوں میں متسع ہو جاتا ہے اور اس کی احتباسی قوت میں فرق نہیں آتا۔ جب تک کہ کوئی ایسا سلعہ جو مثانہ پر متراکب ہو مثبّت نہ ہو بلکہ ایک کافی حد تک حرکت پذیر ہو، مثانہ کی عموماً صرف ایک ہی علامت پائی جاتی ہے جو تبوّل کا متوسط تواتر ہے۔ جب بہت بڑے سلعات موجود ہوتے ہیں تو یہ علامت بعض اوقات شدید ہو جاتی ہے۔

مثانہ کے نمایاں ترین اختلالات سلعاتِ لیفیہ کے انہی اصابات میں دیکھنے میں آتے ہیں جن میں یہ حوض میں منغرز ہو جاتے ہیں۔ یہ سلعات مثانہ کے فرش کو اکثر ارتفاق عانہ کے لبول سے بہت اوپر اٹھا دیتے ہیں۔ اور ایسا جب ہوتا ہے جب کہ سلعہ پس گردیدہ ہو اور اتنا بڑا ہو کہ اس سے حوض پُر ہو جائے، یا جب کہ سلعہ لیفیہ مثانہ کے قاعدہ کے اس حصہ کے نیچے پیدا ہوا ہو جو رحم سے متماس ہوتا ہے۔ اس حالت میں مثانہ خالی ہونے کی صورت میں بھی ایک شکمی حشا ہوتا ہے اور اس کا ایک ناگزیر نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مبال متطول ہو جاتا ہے۔ اس تطول کے ساتھ ہی اس کا تناؤ بھی غالباً بڑھ جاتا ہے جس سے اس قنال کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ جو مثانہ اس طرح اپنے مقام سے ہٹ جائے اس میں احتباسِ بول کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، جو مبال کے جزوی طور پر مسدود ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جس سے مشمولاتِ مثانہ کے اخراج میں بہت سی مزاحمت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ صورتِ حالات بلاشبہ اسی صورتِ حالات کے مشابہ ہوتی ہے جو تیسرے مہینہ کے اختتام پر حامل رحم کی پس گردیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ تاہم جس کثرت سے احتباسِ بول اس حالت میں پایا جاتا ہے اس کثرت سے سلعاتِ لیفیہ کے ساتھ نہیں پایا جاتا ہے اور اسکی وجہ شائد یہ ہے کہ موخرالذکر صورت میں تغیرات زیادہ آہستہ واقع ہوتے ہیں۔

عنقی سلعاتِ لیفیہ اپنے محلِ وقوع کی وجہ سے حرکت ناپذیر ہوتے ہیں، اور

اس لئے ان کے منغرز ہو جانے اور ساتھ ہی تبول کے اختلالات بالخصوص احتباسِ بول کے پیدا ہو جانے کا خاص طور پر احتمال ہوتا ہے۔

جب مذکورہ بالا حالتوں میں احتباس بول واقع ہوتا ہے تو اس کا پہلا حملہ حیض یا پیش حیضی امتلائی حالت کے ساتھ منطبق ہوتا ہے۔ گاہے گاہے یہ مشاہدہ کیا جاسکتا ہے کہ سلعاتِ لیفیہ کی جسامت میں ماہواری ایام سے پہلے ہفتہ میں ایک نمایاں زیادتی ہوجاتی ہے جس سے مثانہ کی دقتیں جن کا مقابلہ کرنا اس کے لئے ضروری ہوتا ہے اس حد تک بڑھ جاتی ہیں کہ وہ ان پر غالب نہیں آسکتا۔ ان دقتوں کی ایک عام قسم فوری اور مکمل احتباس بول ہے جو قاساطیر کے استعمال کا متقضی ہوتا ہے۔ بستر میں ایک یا دو دن کے آرام کرنے اور قاساطیر کے باقاعدہ استعمال سے مثانہ کے افعال از سرِ نو قائم ہوجاتے ہیں، اور بعکسِ مرض کئی ہفتوں یا مہینوں تک ملتوی ہوجاتا ہے۔ حیضی امتلا میں تخفیف واقع ہونے سے جس کی مساعدت جسم کی افقی وضع سے ہوتی ہے سلعہ کی جسامت میں کافی کمی ہوجاتی ہے جس سے یہ تکلیف رفع ہوجاتی ہے۔ دورانِ حیض میں جو امتلا پیدا ہوتا ہے اس کی مقدار شاذ و نادر اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور اس لئے یہ تکلیف آئندہ ایام حیض پر لازمی طور پر عود نہیں کرتی۔

یہ ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئیے کہ سلس البول احتباس بول کی ایک عام علامت ہے۔ اگر بولِ باقی کے جمع ہونے سے مثانہ بتدریج بیش متمدد ہوجائے تو تمدد بعض اوقات شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ جب بیش تمدد کی وجہ سے عضلہ عاصرہ ڈھیلا ہوجاتا ہے تو تراوش شروع ہوجاتی ہے۔

تواتر بول اور درد بعض اوقات موجود ہوتے ہیں، اور موخر الذکر دورانِ تبول میں یا اس کے بعد ہوتا ہے۔ ان علامات کو صرف اسی حالت میں سلعہ لیفیہ کے دباؤ سے منسوب کرنا چاہئیے جب کہ بولی سرائت کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔

حالب بعض اوقات دروں رباطی یا پس باریطونی سلعاتِ لیفیہ کی وجہ سے اپنے مقام سے ٹل جاتا ہے جو اس کے نیچے گھس جاتے ہیں اور اسے اٹھا کر تان دیتے ہیں۔ بہت سے اصابات میں اس سے کوئی مضر اثرات پیدا نہیں ہوتے لیکن کبھی کبھی حالب کا درونہ تنگ ہوجاتا ہے گردہ سے پیشاب بخوبی بہنا بند ہوجاتا ہے، اور استسقاء الکلیہ عارض ہوجاتا ہے۔ زیادہ شاذ مثالوں میں ماؤف جانب کا گردہ مذبول ہوجاتا ہے۔ بہرحال دوسرے

گردہ کی تعویضی بیش پرورش جسم کی ضرورتوں کے لئے بعض اوقات کافی ثابت ہوتی ہے، اور اس لئے فتور یافتہ کلوی فعل کے کوئی سریری علامات نمودار نہیں ہوتے۔ اگر کسی ایسے اصابہ میں جس میں حالب اس طرح سے مسدود ہوگیا ہو سرائیت واقع ہوجائے تو ماؤف جانب کے گردہ کو شدید نقصان پہنچتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ یہ گردہ اس عقبی دباؤ کی وجہ سے جو حوضِ گردہ پر پڑتا ہے ساری عضویات کیلئے کم مزاحم ہوتا ہے۔ اس کی مثال ہم میں سے ایک (ٹی۔ ڈبلیو۔ ای) نے ایک اصابہ میں دیکھی ہے جس میں یہ معلوم ہوتا تھا کہ بائیں طرف کا شدید عصیہ قولونی التہابِ حوضِ گردہ (bacillus coli pyelitis) حالب کے حوضی حصّہ پر ایک سلعہ لیفیہ کے ایک کربیچہ کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے جاری ہے۔

گاہے گاہے سلعاتِ لیفیہ سے عروق خون کے مضغوط ہوجانے سے امارات پیدا ہوجاتے ہیں، اگرچہ نہایت عظیم الجسامت سلعات کی موجودگی میں بھی یہ مضغوط ہوجانے سے عموماً بچ جاتے ہیں۔ خارجی حرقفی عروق حوض کی لگر پر واقع ہونے کی وجہ سے بعض اوقات اس طرح متاثر ہوجاتے ہیں۔ اس مضرت رساں دباؤ سے ان کے اکثر بچ جانے کی وجہ شائد یہ ہے کہ یہ نرم عضلی فرش پر پڑے ہوتے ہیں۔ دباؤ کا معمولی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح اسفل میں دوالی نما وریدیں اور تہبیج رونما ہوجاتا ہے۔ صرف ایک طرف ہی متاثر ہوسکتی ہے۔ زیادہ شاذ طور پر ایک صادق علقیتی فلغمونیت دیکھنے میں آتی ہے جو خارجی حرقفی عروق یا فخذی ورید میں تھکے کے بننے سے رونما ہوتی ہے۔

تحتانی باسوری عروق پر بھی دباؤ پڑنے کا احتمال ہوتا ہے جس سے شدید بواسیر پیدا ہوجاتی ہے۔

امعاء۔ سلعاتِ لیفیہ سے گاہے گاہے معوی تسدُّد (intestinal obstruction) پیدا ہوجاتا ہے۔ ان اصابات کی اکثریت میں تسدد معائے مستقیم یا حوضی قولون میں واقع ہوتا ہے، اور یہ کسی سخت مثبت حوضی سلعہ لیفیہ کے ضاغط اثر سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسے کئی ایک اصابات کا اندراج کیا گیا ہے جو معمر عورتوں میں دیکھے گئے جن میں سلعہ نکلس یافتہ پایا گیا۔ بعض اوقات معائے صغیر بھی حوض کی لگر پر کسی گنڈلی کے، سلعہ اور کسی نالو شیدہ عظمی سطح مثلاً عجزی طنف یا عجزی جناحوں کے درمیان، مضغوط ہوجانے سے ماؤف ہوجاتی ہے (بیرس[1])

[1] Barris. *Proc. Roy. Soc. Med.* (Obst. and Gyn. Sect.), vol. iv, pt. ii, p. 108, 1911.

(Barris:)۔ ایک سریع النمو سلعہ لیفیہ کے دو لختوں کے درمیان کی تجویف میں معائے صغیر کے پھنس جانے سے حاد معوی نند بیدا ہوچکا ہے جیسا کہ سپینٹن[1] (Spanton) نے مشاہدہ کیا ہے۔

بالائی شکمی احشاء، مثلاً معدہ اور جگر۔ بعض اوقات کسی بہت بڑے سلعہ لیفیہ سے جو ضلعی محراب کے نیچے سے اوپر کی طرف کو بڑھ رہا ہو، اس طرح مضغوط ہوجاتے ہیں کہ ان کے افعال میں شدید اختلال پیدا ہوجاتا ہے۔ ایسا صرف انہی سلعات کی حالت میں ہوتا ہے جن کی جسامت غیر معمولی طور پر بہت بڑی ہو، اور ان اصابات میں تنفس اور قلب کے فعل میں عام طور پر رکاوٹ پائی جاتی ہے۔

ہضم کے فعلی اختلالات۔ جو عورتیں درمیانی جسامت کے سلعاتِ لیفیہ (وہ جو ناف کے لیول سے اوپر نہیں جاتے) سے مریض ہوتی ہیں ان میں ہضم کے فعلی اختلالات کو بادی النظر میں اکثر دباؤ کے اثرات کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ مگر ایسا نہیں ہے، اس قسم کے علامات کا سلعہ سے کوئی تعلق نہیں ہوتا، اور ان کو اکثر عمومی تدابیر سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ قبض کے متعلق بھی عموماً یہی خیال کیا جاتا ہے لیکن بغیر کسی وجہ کے ایسا خیال کرنا جائز نہیں۔ اس کا بین ثبوت اس امر سے ملتا ہے کہ سلعہ کو دور کردینے کے بعد بھی قبض بدستور جاری رہتا ہے۔

اعصاب۔ سلعاتِ حوض کی تمام ہم پہلو ساختوں میں سے اعصاب وہ ساختیں ہیں جن کے ان (سلعات) سے مضغوط ہونے کا سب سے کم احتمال ہوتا ہے۔ ان پر وہی سلعاتِ لیفیہ براہِ راست اثر انداز ہوسکتے ہیں جو حوضی باریطون کے نیچے گھس کر بڑھتے ہیں، اور یہ امر عجیب ہے کہ ایسی مثالیں بہت ہی قلیل التعداد ہیں جن میں غنغطۂ اعصاب کی سریری شہادت پائی جاسکے۔ عضلی استرخاء تقریباً بالکل پیدا نہیں ہوتا، اور جب کبھی درد موجود ہوتا ہے تو اعصاب کے تفرع کی متابعت نہیں کرتا۔ مثال کے طور پر ایسے سلعاتِ لیفیہ کے سلسلہ میں، جن کے محل وقوع کی وجہ سے یہ امید کیجا سکتی ہے کہ وہ عصب نسائی پر دباؤ ڈالتے ہوں گے، عرق النسا کے اصابات بہت کم دیکھنے میں آتے ہیں۔

---

[1] W. D. Spanton, *Proc. Roy. Soc. Med.* (Obst. Sect.), vol. ii, pt. ii, p. 87, 1908.

تناسلی اختلالات۔ تناسلی افعال میں سلعاتِ لیفیہ سے کئی ایک اعتبارات سے خلل واقع ہوسکتا ہے۔ تقریباً ۳۰ فیصدی اصابات میں عقم موجود ہوتا ہے اگرچہ سلعہ کے شناخت ہونے سے پہلے عورتوں کی ایک کافی تعداد میں بچے پیدا ہوچکے ہوتے ہیں۔ سلعاتِ لیفیہ کو جو تعلق حمل سے ہے اس کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے (دیکھو صفحہ 487)۔

سیلان ابیض۔ یہ علامت اکثر پائی جاتی ہے مگر یہ اہم نہیں۔ یہ بیشتر رحم کی مزامن الوقوع دبازت سے پیدا ہوتی ہے۔ مواد عام مخاطی یا مخاطی قیحی قسم کا ہوتا ہے' اور جبتک سلعہ میں کوئی تغیر واقع نہ ہوجائے مواد میں شاذونادر ہی تبدیلی واقع ہوتی ہے۔ سرائت سے بدبودار مواد آنا شروع ہوجاتا ہے' جو اغتشاث پذیر سلعاتِ لیفیہ کی حالت میں نہایت ہی گندیدہ ہوتا ہے۔ جب دویری انحطاط واقع ہوجاتا ہے تو مواد آبی یا رنگین ہوتا ہے۔

494

مذکورہ بالا بیان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سلعہ لیفیہ کی موجودگی کے سریری نتائج بہت اختلاف پذیر ہیں۔ موافق صورتِ حالات میں یہ عمومی عمدہ صحت کے ساتھ تناقض نہیں ہوتا' اور یہ بعض اوقات کئی سال تک حالتِ سکون میں رہتا ہے' اور اس زمانہ میں اس کے موجود ہونے کا کوئی شبہ نہیں ہوتا۔ بایں ہمہ اکثر مریضوں میں سلعہ لیفیہ کی وجہ سے کسی قدر تکلیف پائی جاتی ہے' اور علامات کی شدت کے تمام مدارج پائے جاتے ہیں جو تقریباً ناقابل توجہ علامات سے لے کر عمومی صحت کی شدید خرابی کے درجہ تک ہوسکتے ہیں۔ مزید برآں جو سلعات کئی سال تک حالت سکون میں رہتے ہیں ان کا انکشاف اُن کم و بیش شدید علامات کی موجودگی سے بعض اوقات دفعۃً ہوجاتا ہے جو ان کی بالیدگی کے طریقہ میں تبدیلی ہونے یا ان میں ثانوی تغیرات کے واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔

چند خاص خطرات ایسے ہیں جو ہر قسم کے سلعہ لیفیہ میں لازمی طور پر پائے جاتے ہیں۔ چنانچہ تحت مخاطی سلعات بعض اوقات سعدانی شکل اختیار کر لیتے ہیں یا ان میں اغتشاث واقع ہوجاتا ہے' رحمی یا تحت مصلی بالیدوں میں دویری یا تنخر یا فتی انحطاط واقع ہوسکتا ہے' تحت مصلی ساقچہ دار سلعات میں تلوی پیدا ہوسکتا ہے۔ تمام قسم کے سلعاتِ لیفیہ تناسلی خطہ کی صعودی سرائت سے سرائت زدہ ہوسکتے ہیں' اور رودہ سے بھی بعض اوقات ایسا ہوتا ہے۔ سلعاتِ لیفیہ کی کثرتِ وقوع کے اعتبار سے ایسی مندرجہ مثالیں نہایت ہی شاذ ہیں جن میں سلعہ سے بلاواسطہ مہلک نتیجہ پیدا ہوا ہو۔ سلعاتِ لیفیہ جو مختلف الانواع غیر مساعد اثرات

براہِ راست یا دوسرے اعضا میں تغیرات واقع کرنے سے پیدا کرتے ہیں، ان کی وجہ سے ان کو ایسی نوساختوں میں ایک عدیم النظیر درجہ حاصل ہے جو نسیجیاتی طور پر سلیم ہیں۔ دوسرا اور کوئی سلعہ جو باعتبارِ ساخت سلیم ہو ایسے وسیع اور غیر مساعد اثرات پیدا نہیں کرتا جیسے کہ سلعاتِ لیفیہ کے اصابات میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں۔

سلعاتِ لیفیہ کے طبیعی امارات

سلعاتِ لیفیہ عام طور پر سلعاتِ عدید کی شکل میں واقع ہوتے ہیں، اگرچہ گاہے گاہے یہ تنہا بھی پائے جاتے ہیں۔ بعض باریطونی غلاف کے نیچے نیچے باہر کی طرف بڑھتے ہیں اور ان سے ایک کرنبجی تودہ پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض زخنکی یا تحت مخاطی رہتے ہیں، اور اس حالت میں رحم کی سطح عام طور پر ہموار رہتی ہے۔ سلعات کی ایک بڑی اکثریت بے لچک اور ٹھوس بالیدول کی شکل کی ہوتی ہے، مگر بعض اوقات تکلس سے یہ پتھر کی طرح سخت بھی ہو جاتے ہیں، یا انحطاطی تغیرات کی وجہ سے یہ نرم یا نمایاں طور پر دویری ہو جاتے ہیں۔ چھونے پر اگرچہ یہ عام طور پر غیر حساس ہوتے ہیں، مگر ثانوی تغیرات سے یہ بعض اوقات الیم یا درد خیز بھی پائے جاتے ہیں۔ مزید برآں ان کی جسامت مختلف ہوتی ہے اور یہ چھوٹے چھوٹے کرنبجوں سے لے کر اتنے بڑے تودے تک ہوتی ہے جو تمام کہفہ شکم کو متسع کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ اس قسم کے سلعات کی طبیعی تشخیص میں جن کے خواص میں اس قدر اختلاف ہو معتدبہ دقت پیش آسکتی ہے۔ سریری بنا پر ان سلعات کو جو حوض کی گگر سے اوپر نہیں اٹھتے چھوٹے سلعاتِ لیفیہ کہا جا سکتا ہے، اور جو سلعات حوض کی گگر سے اوپر تک چلے جاتے ہیں مگر ناف کے لیول سے نیچے ہی رہتے ہیں ان کو متوسط جسامت کے سلعات کہا جاتا ہے، اور جو سلعات ناف کے لیول سے متجاوز ہو جاتے ہیں ان کو بڑے سلعاتِ لیفیہ کہا جاتا ہے۔

یہاں پہلے بعض اہم امور کا ذکر کیا جائے گا جن کا اطلاق تمام جسامتوں کے لیفی عضلی سلعات پر ہوتا ہے۔ تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ کا رجحان رحم کی تشاکل کلانی پیدا کرنے کی طرف ہوتا ہے جو حمل کے مشابہ ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی کہفۂ رحم میں متناسب تطول بھی واقع ہو جاتا ہے جس کی شناخت مساعد صورتِ حالات میں مجسّہ سے کی جا سکتی ہے۔ اسی طرح

۶ اینچ تک کی پیمائش حاصل کیجاسکتی ہے، اور سوائے حمل کے دوسری اور کوئی حالت نہیں جس میں کہفۂ رحم اس قدر متطول ہوجاتا ہو۔ بہرحال یہ ضرور یاد رکھنا چاہئیے کہ کہفۂ رحم کے فتل (distortion) کی وجہ سے یہ ممکن ہے کہ مجسّہ قعرِ رحم تک نہ پہنچ سکے اس لئے جملہ حالات میں کم پیمائش پر اعتبار نہ کرنا چاہئیے۔ رخنی لیفیات سے غیر متشاکل سلعہ پیدا ہوتا ہے جس کی سطح ہموار اور مرتب ہوتی ہے۔ قبل الذکر قسم کی طرح اس میں بھی کہفۂ رحم کا تطول شناخت کیاجاسکتا ہے۔ عدید تحت مصلی لیفیات کا رجحان ایسا سلعہ پیدا کرنے کی طرف ہوتا ہے جس کی شکل بالکل بے قاعدہ اور سطح کرنجی ہوتی ہے۔ انفرادی بالیدیں بعض اوقات تمام سلعہ سے بلا تعلق حرکت پذیر ہوتی ہیں جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یا تو یہ ساقچہ دار ہیں یا ڈھیلی جڑی ہوئی ہیں گو بے ساقچہ ہیں۔ جسم رحم بعض اوقات سلعہ سے الگ شناخت کیاجاسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کلانی یافتہ نہ ہو اور اگر کہفۂ رحم متطول ہو بھی تو بہت کم ہوتا ہے۔ تحت مصلی سلعاتِ لیفیہ کی بستگی، اور ان کی سطح کی ہمواری کے درجہ میں بہت کچھ اختلاف پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات تنہا تحت مصلی لیفیہ کی جسامت بہت بڑی ہوجاتی ہے، اور ایک ایسا سلعہ بن جاتا ہے جس کی دیواریں ہموار ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ اس کا تعلق رحم کے ساتھ معلوم کرنا آسان نہ ہو۔

آخر میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جب عدید لیفیات موجود ہوں تو اکثر انکی تینوں قسمیں پائی جاتی ہیں، اور ان سے جو سلعہ پیدا ہوتا ہے اس کے طبیعی خواص میں اس امر سے پیچیدگی کا ایک اور عنصر شامل ہوجاتا ہے۔ مذکورۂ بالا بیان سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ رحمی سلعہ لیفیہ کی جسامت بعض اوقات اتنی بڑی اور اس کی شکل اتنی بے قاعدہ ہوتی ہے کہ اصلی عضو سے اسے کوئی مشابہت نہیں ہوتی۔

سلعاتِ لیفیہ کی تشخیص کا ذکر ہم اس وقت تک نہیں کریں گے جب تک کہ دوسرے حوضی الاصل سلعات کا ذکر نہ کرلیا جائے۔ لہٰذا اس مضمون کی تفصیلی بحث کو دیکھنے کے لئے قارئین کو حصّہ چہارم صفحہ 764 اور اسکے بعد کے صفحات کا مطالعہ کرنا چاہئیے۔

سلعاتِ لیفیہ کا علاج

ایسے کوئی ذرائع ہمیں معلوم نہیں جن سے سلعاتِ لیفیہ کے تکون کو روکا جاسکے یا ابھی

مابعد بالیدگی کو قابو میں رکھا جا سکے۔ طبی اور معالجاتی ذرائع سے ان سے پیدا شدہ علامات کی تخفیف کرنے میں بعض اوقات کامیابی ہو جاتی ہے۔ شفا صرف جراحی تدابیر ہی سے حاصل ہو سکتی ہے اگرچہ بعض مثالوں میں ریڈیم کے استعمال یا رانجنی شعاعوں کے منکرر معتادات سے علامات رفع ہو سکتی ہیں۔

تمام سلعاتِ لیفیہ کے علاج کی ضرورت نہیں ہوتی، اور جب تک کہ ایسے علامات نہ پائے جائیں جو ان کی موجودگی سے واضح طور پر منسوب کئے جا سکیں کوئی علاج اختیار نہ کرنا چاہئیے اور بہت سے اصابات میں تو یہ مناسب ہوتا ہے کہ مریضہ کو سلعہ کی موجودگی ہی کی خبر نہ دی جائے۔ ہم میں سے ایک (سی۔ ایل) کا خیال اپنے ذاتی تجربہ کی بنا پر یہ ہے کہ تمام سلعاتِ لیفیہ کے ۵۵ فیصدی اصابات میں کسی علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ ضرور تسلیم کرنا چاہئیے کہ اس معاملہ کے متعلق ابھی تک معتدبہ اختلاف رائے موجود ہے، اور کسی نظریہ کو عالمگیر مقبولیت حاصل نہیں۔

اس امر پر سبھی کو اتفاق ہوگا کہ علاماتی علاج ہرگز شافی نہیں ہو سکتا، مگر یہ گاہے گاہے، یا تو مریضہ کو عملیہ کے لئے طیار کرنے کے لئے یا کسی فوری ضرورت کے دوران میں مفید ثابت ہوتا ہے۔

علاماتی علاج۔ جب کبھی سلعہ لیفیہ سے صرف نزفِ حیض ہی کی علامت پیدا ہو تو ماہوار ایام میں بستر پر آرام کرنا ہی سیلانِ حیض کو حدودِ اعتدال تک لانے کے لئے کافی ہوتا ہے اور ان حدود کے اندر یہ مضر ثابت نہیں ہوتا۔ زیادہ مشقت کرنے سے شدید اور طویل المدت نزف پیدا ہو سکتا ہے۔

نزف اور عدم دمویت لازم ملزوم حالتیں ہیں، اور علاج کی کامیابی کے لئے دونوں کا علاج ضروری ہوتا ہے۔

نزفِ رحم کے ادویاتی علاج کا ذکر صفحہ 749 و 750 پر کیا گیا ہے۔ اور یہاں صرف اس امر کی طرف اشارہ کرنا کافی ہوگا کہ جن اصابات میں جریانِ خون سلعاتِ لیفیہ سے پیدا ہوتا ہے ان میں ارگٹ کی تجہیزات شاذ و نادر ہی کامیاب ہوتی ہیں۔ سلعاتِ لیفیہ سے پیدا شدہ نزف کو دواؤں کے ذریعہ کامیابی سے قابو میں لے آنے کی زیادہ توقع نہیں ہوتی۔ ہائیڈراسٹس (hydrastis) اور کوٹارنین (cotarnine) کی تجہیزات کے موثر ثابت ہونے کا امکان

سب سے قوی ہوتا ہے۔

496

شدید ترین جریانِ خون عام طور پر گرم مہبلی نطول (ت۔ ۱۱۶ ف) اور مہبل کے اِصمام (plugging) سے عارضی طور پر بند کیا جا سکتا ہے۔ ان اصابات میں بعض اوقات فوری ضرورت کے تحت کہفۂ رحم کا اصمام بھی کیا جا سکتا ہے کیونکہ عنق فراخ ہوتی ہے۔ اگر اس طریقہ کا استعمال کیا جائے تو سرائت سے بچنے کے لئے سخت ترین احتیاط درکار ہوتی ہے اور اس لئے اس طریقہ کا استعمال عام طور پر مناسب نہیں ہوتا۔

شدید نزف کے وقوع کے بعد مریضہ کو بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے اور نتیجہ عدم دمویت کا علاج کرنا چاہیئے۔ لوہے کا استعمال فیرس سلفیٹ (ferrous sulphate)، یا فیرائی ایٹ امونیم سٹراس (ferri et ammonium citras) کی شکل میں، یا تانبے (copper) اور سم الفار (arsenic) کے ساتھ، مغزِ استخواں، عرق گوشت خام، خلاصہ جگر، اور دود کا بافراط استعمال علاج کے زیادہ اہم اجزا ہیں۔ خون کے بڑے بڑے نقصانات سے شفا حاصل کرنے کی استعداد مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ بہت سی عورتیں بظاہر اس سے زیادہ متاثر نہیں ہوتیں اور جلد شفایاب ہو جاتی ہیں، اور بعض عورتیں ایسی ہوتی ہیں کہ مذکورۂ بالا طریقہ سے علاج کرنے پر بھی بخوبی صحت یاب نہیں ہوتیں، اور جو مریض پہلے ہی سے عدیم الدم ہوتے ہیں ان میں مکرر الوقوع نزفات کو قابو میں لانا مشکل ہوتا جاتا ہے۔

درد اور دباؤ کے علامات۔ درد سلعہ میں ثانوی تغیرات مثلاً انحطاط یا التہاب کے واقع ہونے سے یا دیگر احشاء پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ حرارت کا براہِ راست استعمال، جو خواہ شکمی رفادات کی شکل میں ہو ("اینٹی فلوجسٹین") یا طبعی محلول نمک کے گرم مہبلی نطولات کی شکل میں، مقامی شکمی اور حوضی تکلیف کو عارضی طور پر رفع کرنے کیلئے نہایت موثر تدبیر ہے۔ اگر ضرورت ہو تو اس کے ساتھ معمولی دافعاتِ درد کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

حیض کے سلسلہ میں یعنے یا تو ماہواری ایام کے دوران میں یا ان سے عین پہلے مثانہ پر اکثر دباؤ پیدا ہو جاتا ہے جس سے تواترِ بول، یا سلسل البول، یا احتباس بول عارض ہو جاتا ہے، اور اس دباؤ کی وجہ شائد یہ ہوتی ہے کہ مثانہ کی جسامت میں خفیف سا اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس صورتِ حالات میں احتباس بول کے لئے قاساطیر کے استعمال کی ضرورت رہتی ہے حتیٰ کہ سلعہ کی جسامت میں قدرتی طور پر تخفیف واقع ہو جاتی ہے، دباؤ رفع ہو جاتا ہے، اور مثانہ کا فعل ازسرِنو

قائم ہو جاتا ہے۔ اوقاتِ حیض میں جو احتباس بول پیدا ہوتا ہے اسے بھی بستر پر آرام کرانے
اور قاساطیر کے استعمال سے عارضی طور پر رفع کیا جا سکتا ہے۔ چند خوش قسمت مریضوں میں
بعض اوقات اس طریقہ سے زیادہ مستقل فائدہ ہونے کا امکان ہوتا ہے کہ سلعہ کو، اگر ضرورت
ہو تو معدمِ حس کے زیر اثر، حوض میں سے اور اس کی کگر پر سے دھکیل کر اوپر الٹا دیا جائے۔ اگر
مسقوط رحم میں چھوٹے سے سلعہ لیفیہ کے موجود ہونے سے مثانہ کے علامات پیدا ہو جائیں تو فرزجہ
سے علاج کرنے سے بعض اوقات فائدہ ہو جاتا ہے۔

تشعیع سے علاج۔ علاج کا ایک اور طریقہ تشعیع (irradiation) ہے جو
لاشعاعوں یا ریڈیئم سے کی جاتی ہے، اور یہ سلعاتِ لیفیہ کی بعض قسموں کیلئے مفید ہے۔ اس
مقصد کے لئے لاشعاعوں کے استعمال کا خیال ایلبرس شونبرگ (Albers Schonberg)
(سنہ ۱۹۰۳ء) اور اس کے جانشینوں کے ان مشاہدات سے پیدا ہوا جو انھوں نے حیوانات کے
تناسلی غدد پر ان شعاعوں کے تباہ کن اثرات کے متعلق کئے ہیں۔ پہلے یہ دکھایا گیا کہ ان
شعاعوں کے اثر سے حیوانات میں بیضین میں ذبول واقع ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی گرافی جرابات
کم و بیش تباہ ہو جاتے ہیں اور رخنی بافت میں لیفیت کے تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، اور بعد
کے مشاہدات سے یہ ثابت ہوا کہ انسانی مبیض میں بھی اسی قسم کے اثرات پیدا ہوتے ہیں۔
طویل المدت اور متکرر تکشفات کا اثر یہ ہوتا ہے کہ حیض ہمیشہ کے لئے مکمل طور پر بند ہو جاتا
ہے۔ اور اس کے یہ معنی ہیں کہ تمام جرابات، اگر باعتبار تشریح نہیں تو بلحاظ تکمیل وظائف،
تباہ ہو جاتے ہیں۔ اور چونکہ فعال بیضی بافت کی تھوڑی سی مقدار بھی فعل حیض کو جاری رکھنے
کیلئے کافی ہوتی ہے اس لئے مکمل تباہی لازمی ہے۔ سریریاتی اور نسیجیاتی مشاہدات سے
یہ ثابت ہوا ہے کہ یہ شعاعیں مذکورہ بالا اثر کے علاوہ سلعہ لیفیہ کی بافتوں پر بھی کچھ اثر کرتی
ہیں جس سے ان میں ذبولی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بہرکیف جو بالواسطہ فعل بیضین کی
وساطت سے ہوتا ہے وہ زیادہ اہم ہے۔

یہ اثرات ان شعاعوں سے پیدا ہوتے ہیں جو سخت یا ثاقب یا گاما شعاعیں
(γ- rays) کہلاتی ہیں، اور یہی شعاعیں تنہا جسم کے گہرے حصّوں تک پہنچتی ہیں۔ اور
جو نرم شعاعیں اور مختلف ثانوی شعاعیں خارج ہوتی ہیں وہ جلد ہی میں جذب ہو جاتی ہیں
اور لاشعاعی حرقات اور لاشعاعی التہاب ادمہ (X-ray dermatitis) کا سبب۔ یہی

شعاعیں ہوتی ہیں، اور ان کو تقطیر کے خاص طریقہ سے الگ کر دیا جاتا ہے۔ لہٰذا سلعاتِ لیفیہ کے لاشعاعی علاج کی ترکیب پیچیدہ ہے، اور اس مقصد کیلئے ایک خاص آلہ کی ضرورت ہوتی ہے، اور جو ان کا استعمال کرتے ہیں ان کو خاص تجربہ بھی ہونا چاہیئے۔ ہم (بی۔ ڈبلیو) نے دیوارِ شکم کا ایک سرطلمی سلعہ دیکھا ہے جو لاشعاعوں کے حرقہ کے مقام پر پیدا ہوا تھا، اور یہ حرقہ اس مشدد علاج کا نتیجہ تھا جس کی ضرورت ایک بڑے سلعہ لیفیہ سے واقع شدہ نزف کے انسداد کے لئے پیش آئی تھی۔ جریان خون یقیناً بند ہو گیا تھا مگر سلعہ لیفیہ ابھی تک بہت نمایاں تھا۔

یہ علاج طویل المدت ہے کیونکہ تکشفات صرف وقفوں پر ہی کئے جا سکتے ہیں۔ اگر مریضہ کا انتخاب احتیاط سے کیا جائے تو اس علاج سے ان کے روزمرہ مشاغل میں کوئی مداخلت نہیں ہوتی اور زندگی کیلئے عموماً کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ تاہم مہلک نتائج کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ ایسی پیچیدگیاں شناخت نہیں کیجا سکیں جن کی موجودگی میں لاشعاعوں کا استعمال ناجائز ہوتا ہے۔

لاشعاعی علاج کے نتائج کے متعلق پہلے کی نسبت اب زیادہ تجربہ حاصل ہو چکا ہے، اور جن اصابات کا مناسب انتخاب کیا جاتا ہے ان میں حیضی اور بے قاعدہ نزفات مکمل طور پر بند ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں یہ اطلاع بھی بہم پہنچائی گئی ہے کہ بعض اصابات میں سلعہ لیفیہ کی جسامت میں کمی واقع ہو گئی ہے اور بعض نہایت شاذ صورتوں میں سریری اعتبار سے یہ بالکل غائب بھی ہو گیا ہے۔ موخر الذکر کا ہمیں کوئی شخصی تجربہ نہیں، اور اس امر میں کوئی شبہ نہیں کہ جب لاشعاعی علاج کامیاب نہیں ہوتا اور بعد میں جراحی علاج لازمی قرار دیا جاتا ہے تو عملیہ، بافتوں کی کثافت اور وسیع گرد رحمی انضمامات کی وجہ سے جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتے ہیں، بہت زیادہ مشکل اور خطرناک ہو جاتا ہے۔ تشعیع سے جو اثر پیدا ہوتا ہے وہ دراصل یہ ہے کہ بیضین کے ذبول کی وجہ سے مصنوعی انقطاع الطمث رونما ہو جاتا ہے۔ طبعی انقطاع الطمث میں جو عمومی علامات، مثلاً تورّدات (flushings) پائے جاتے ہیں وہ ان اصولوں پر علاج کرنے کے بعد عموماً دیکھنے میں آتے ہیں۔

تشعیع کے لئے وہ اصابات موزوں خیال کئے جاتے ہیں جن میں سلعات لیفیہ چھوٹی یا درمیانی جسامت کے ہوں اور ان میں انحطاط یا التہاب کے تغیرات کی کوئی امارت موجود نہ ہو

اور مریضہ کی عمر چالیس سال یا اس سے زائد ہو۔ بڑی جسامت کے ان سلعات کو جو ناف کے لیول سے اونچے چلے گئے ہوں بذریعہ جراحی نکال دینا چاہئیے۔ چالیس سال سے کم عمر کی عورتوں میں مبیض کے فعل کی تباہی کے اثرات بہت تکلیف دہ ثابت ہوتے ہیں' اور اس لئے اس عمر میں لاشعاعی علاج کا مشورہ نہ دینا چاہئیے۔ انحطاط اور التہابی تغیرات کو ہمیشہ ان سلعات کے جراحی استیصال کے دلائل تصور کرنا چاہئیے۔

ریڈیئم سے بھی ویسے ہی سریری اثرات پیدا ہوتے ہیں جیسے کہ رانجن کی شعاعوں سے' مگر یہ اثرات شعاعوں کے زیادہ تر دروں رحمہ پر فعل کرنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ مبیضین پر زیادہ اثر نہیں ہوتا کیونکہ شعاعوں کا رقبۂ نفوذ محدود ہوتا ہے۔ ریڈیئم کا استعمال ایسے اصابات میں نزف بند کرنے کے لئے کیا جاتا ہے جن کا جراحی استیصال ضروری نہیں ہوتا' مثلاً وہ سلعات جنکی جسامت نسبتہً چھوٹی ہوتی ہے اور جن سے انقطاع الطمث پر یا اس کے قریب علامات پیدا ہوتے ہیں۔ ریڈیئم سے علاج کرنے کے بعد' جب کہ اس کے لگانے سے حیض بالکل بند ہوجاتا ہے' عموماً ایسے علامات پیدا ہوجاتے ہیں جو مصنوعی انقطاع الطمث میں پائے جاتے ہیں۔ ابتدائی اتساع اور جرف کے بعد ریڈیئم کہفہ رحم میں داخل کیا جاتا ہے' لہٰذا اس کے لئے معدم حس کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ ریڈیئم کا ایک ہی ملساق حصول مقصد کیلئے بالعموم کافی ہوتا ہے' لیکن گاہے گاہے مکمل اثر کے لئے اس طریقۂ عمل کا ایک یا دو مرتبہ تکرار کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

498

طبعی دررحمی معتاد ۱۵۰ ملی گرام ریڈیئم برومائیڈ ہے جسے کہفہ رحم میں چوبیس گھنٹے کیلئے چھوڑ دیا جاتا ہے۔ سیسہ یا ایلومینیئم کا ۲ ملی میٹر مقطار استعمال کیا جاتا ہے اور فلزاتی خول کو ربڑ کی نلی میں بند کردیا جاتا ہے۔ اسے جوش دیکر اس کی تعقیم کرلی جاتی ہے' اور اسکو داخل کرنے کے بعد عنق اور مہبل کے بالائی حصہ کا فیتہ نما گاز سے اصمام کردیا جاتا ہے تاکہ یہ اپنی جگہ سے ٹلنے نہ پائے۔ اس علاج کے دوران میں اور اس کے چند دن بعد تک مریضہ کو بستر پر لٹائے رکھنا چاہئیے۔ لاشعاعوں کے مقابلہ میں ریڈیئم کے استعمال کا یہ فائدہ ہے کہ سطحی حرقات کے پیدا ہونے کے خطرہ کے بغیر اس علاج کا اطلاق مرتکز شکل میں رحم کی سطح پر جس سے خون بہہ رہا ہے' براہ راست کیا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ یقین کرنے کے لئے بھی وجہ موجود ہے کہ مبیضین کو کم ضرر پہنچتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ بھی کہا جاسکتا ہے کہ تشخیص کے

اغلاط کا کم احتمال ہے۔

جراحی علاج - اس امر پر سب کو اتفاق ہے کہ مندرجہ ذیل حالتوں میں جراحی علاج میں توقف نہ کرنا چاہیئے۔

(ا) جب کہ سلعہ اتنا بڑا ہو جائے کہ جسامت میں سات ماہ کے حامل رحم سے بڑھ جائے اس حالت میں تودہ کی جسامت ہی اس کے استیصال کی دلیل ہے۔

(ب) جب کہ سلعہ بہت تیزی سے بڑھ رہا ہو، یا اس کے ساتھ درد یا بے قاعدہ نزف کی شکایت موجود ہو۔

(ج) جب کہ کوئی ایسا سلعہ جو پہلے ساکن ہو انقطاع الطمث کے بعد کسی تکلیف کا موجب بن گیا ہو۔

(د) جب کہ جریانِ خون کو بند کرنے میں مخفف علاج سے ناکامی ہو اور عدم دمویت ترقی پذیر ہو۔

مائیومیکٹومی (عضلی سلعہ برآری (myomectomy: یعنی رحم سے سلعہ کے استیصال کا عملیہ ان عورتوں میں بہت مناسب سمجھا جاتا ہے جن کی عمر انقطاع الطمث کے قریب نہ پہنچی ہو۔ اس طریقۂ عمل کے لئے مہبلی یا شکمی راستے اختیار کئے جا سکتے ہیں۔ براستہ مہبل، یہ عملیہ تمام لیفیہ نما سعدانوں کے استیصال کے لئے کیا جاتا ہے، اور بے ساقچہ تحت مخاطی بالیدوں کے لئے بھی یہ بکثرت انجام دیا جاتا ہے خواہ انکی جسامت معتد بہ ہی کیوں نہ ہو۔ ایسے اصابات کے لئے مروجہ طریقہ یہ ہے کہ مثانہ کو عنق سے اوپر اٹھا کر موخر الذکر میں شگاف دیا جائے (رحم شگافی) تاکہ بالید تک رسائی ہو جائے۔ پھر سلعہ کے کیسہ میں شگاف دیا جاتا ہے اور قبل الذکر کو کاٹ کر اس کے اتنے بڑے بڑے ٹکڑے کر دئے جاتے ہیں (تقریض :morcellement) جو دور کئے جا سکیں۔ عضلی سلعہ برآری (مائیومیکٹومی) اور تقریض (مارسیلمنٹ) کا متحدہ طریقۂ عمل وہ عملیہ ہے جو اغشاث یافتہ تحت مخاطی سلعاتِ لیفیہ کے لئے اختیار کیا جاتا ہے کیونکہ شکمی عملیہ سے عفونتی التہاب باریطون کا جو خطرہ ہوتا ہے وہ اس میں نہیں ہوتا۔

مائیومیکٹومی (عضلی سلعہ برآری) براستہ شکم - یہ عملیہ ان نوجوان عورتوں

کے لئے بلاشبہ موزوں ہے جن میں رحم کو محفوظ رکھنا مقصود ہو۔ بونی[1] (Bonney) نے اسکی ترکیب میں بہت اصلاح کی ہے۔ اس نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عملیہ ایسی صورت میں بھی کامیابی سے انجام دیا جاسکتا ہے جب کہ بالیدیں بڑی تعداد میں موجود ہوں۔ عضلی سلعہ برآری اور رحم برآری کی اضافی اہمیت کا فیصلہ کرنے کے لئے ہمیں مندرجہ ذیل امور معلوم ہونے چاہئیں:- (۱) ان دونوں عملیوں کی شرح اموات، (۲) ان بچوں کی تعداد جو عضلی سلعہ برآری کے بعد ان عورتوں کو پیدا ہوئے جو پہلے عقیم تھیں، اور (۳) عضلی سلعہ برآری کے ان اصابات کی تعداد جن میں بعد میں جراحی مداخلت کی ضرورت پیش آئی۔

(۱) اعداد و شمار سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ جہاں تک شرح اموات کا تعلق ہے انتخاب کی کوئی گنجائش نہیں۔ بونی کے تازہ ترین اعداد سے (۱۹۳۱ء) جو ۴۰۳ اصابات کے ایک سلسلہ سے حاصل کئے گئے ہیں عملیہ کی شرح اموات ۰ء۱ فی صدی ظاہر ہوتی ہے، اور گائیلز (Giles) نے عضلی سلعہ برآری کے ۸۰ عملیوں میں ایک موت کا اندراج کیا ہے۔ میو کلینک کے اعداد و شمار (۱۹۲۰ء) سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عضلی سلعہ برآری کے ۱۴۱ اصابات میں ابتدائی شرح اموات ۰ء۹ فی صدی تھی۔ ان نتائج کا موازنہ رحم برآری کے نتائج سے باحسن الوجوہ کیا جاسکتا ہے (دیکھو صفحہ 800)[2]۔

499

(۲) عضلی سلعہ برآری کے بعد جہاں تک رحم کی قابلیتِ حمل کا تعلق ہے بونی نے یہ بیان کیا ہے کہ "جن عورتوں پر عضلی سلعہ برآری (مائیومیکٹومی) کا عملیہ ہو اور بلحاظ عمر وہ اس قابل ہوں کہ ان کو بچہ پیدا ہوسکے، اور ان کو بچہ کی خواہش بھی ہو، ان میں سے ۳۹ فیصدی میں استقرارِ حمل کی توقع کیجا سکتی ہے۔" اسکے سلسلۂ اصابات میں عضلی سلعہ برآری کے

---

[1] Bonney. *Jl. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, vol. 29, No. 4, 1922; vol. 30, No. 3, 1923; vol. 32, No. 1, 1925; *Lancet*, 1922, vol. ii, 745; *Lancet*, 1931, vol. i, 171.

[2] For the Primary Mortality-Rate of Total and Subtotal Hysterectomy, see "Treatment of Fibroids," C. Lockyer. *Trans. Med. Soc. Lond.*, vol. xlvii, 1924.

کے بعد ۵، فی صدی ولادتیں طبعی تھیں۔ بقیہ میں بچہ کے مفاد کے مدنظر عملیہ قیصریہ سے ولادت کرائی گئی۔ سلسلۂ میو (Mayo) کے ۴۱، اصابات میں سے تیئیس کنخدا عورتوں کو، جو پہلے عقیم تھیں، عضلی سلعہ برآری کے بعد ایک یا ایک سے زائد بچے پیدا ہوئے۔

(۳) ابتدائی عضلی سلعہ برآری کے بعد جراحی مداخلت کی ضرورت بظاہر زیادہ نہیں ہوتی، اور یہ ایک اہم امر ہے جس کا خیال عملیہ انتخاب کرنے کے دوران میں رکھا جاتا ہے۔ بونی یہ بیان کرتا ہے کہ ایسے اصابات کی تعداد، جن میں سلعات لیفیہ یا دیگر اسباب سے پیدا شدہ کثرتِ طمث (menorrhagia) کی بنا پر انجام کار رحم برآری لازمی ہوتی ہے، ۴ فی صدی ہے۔ گائیلز[1] نے اپنے سلسلۂ اصابات میں یہ دریافت کیا کہ عضلی سلعہ برآری کے اصابات میں سے ۱۰ فیصدی میں بعد میں سلعاتِ لیفیہ پیدا ہو گئے، لیکن ہمیں یہ اطلاع نہیں دی گئی کہ ان میں سے کتنے اصابات میں مداخلت کی ضرورت تھی۔ سلسلۂ میو کے ۴۱، اصابات میں سے انیس (۲،۵۶ فی صدی) میں "ثانوی" عملیات کی ضرورت ہوئی اور یہ تعداد بونی کی بتائی ہوئی تعداد کے تقریباً برابر ہے۔ یہ عملیات اکثر التہابی مرض کے لئے انجام دئے گئے، لیکن بعض سلعات لیفیہ کے عود کرنے کی وجہ سے کئے گئے۔

مذکورہ بالا بیان کی بنا پر یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ جب زندگی کے زمانۂ باروری میں سلعاتِ لیفیہ کے لئے جراحی مداخلت کی ضرورت ہوتی ہے تو عضلی سلعہ برآری (مائیومیکٹومی) کے عملیہ کا انتخاب کرنا چاہیے۔ اس عملیہ کے سرانجام دینے سے پہلے اس خیال سے کہ شاید استیصالِ رحم کی ضرورت بھی پیش آجائے رحم کو نکال دینے کی اجازت ضرور حاصل کر لینا چاہیے۔ عضلی سلعہ برآری کو ہرگز جائز قرار نہیں دیا جاسکتا تاوقتیکہ رحم اور اس کے زوائد، دوسرے لحاظات سے تندرست نہ ہوں، اور اگر سلعاتِ متعلقہ میں خباثت کا خفیف ترین شبہ بھی ہو تو اس عملیہ کا ہرگز خیال تک بھی نہ کرنا چاہیے۔ بونی کی یہ رائے ہے کہ سادہ انحطاط جو خواہ "سرخ" ہو یا دوسری قسم کا، عضلی سلعہ برآری کے لئے مانع نہیں ہے۔

جب بیضنیں تندرست ہوں تو رحم برآری (hysterectomy) بہ صیانت

---

[1] Giles, *Diseases of Women*, Bland-Sutton and Giles, 8th edition ; 1926.

صحفہ ۲۶

ا   ب

رحم کے منتشر دروں رحمی سلعہ (Diffuse Endometrioma) (غدی عضلی سلعہ : Adenomyoma)
کی تراش کا منظر مجرد نظر (ا)، جو اس رحم کی تراش کے منظر کے مقابلہ میں دکھایا گیا ہے جس میں زخنکی
لیفی عضلی سلعہ موجود ہے (ب) ۔ دروں رحمی سلعہ کی منتشر بالیدگی اس کی رنگت اور چھوٹے چھوٹے دویروں کی موجودگی
کو جن میں سے بعض میں متغیر خون موجود ہے غور سے دیکھا جائے ۔ دونوں جسامت اور خاکہ کے اعتبار سے تقریباً متماثل ہیں اور
اور امتحان کرنے پر ان میں ایک ہی سے سریری امارات پائے گئے (بک ود وائٹ ہور)

مقابل صفحہ 500.

بیضین کا عملیہ سلعات لیفیہ کے لئے بالعموم کیا جاتا ہے۔ اس سے پیدا شدہ مصنوعی انقطاع الطمث قدرتی انقطاع الطمث کے مقابلہ میں عموماً زیادہ شدید نہیں ہوتا لیکن یہ فرض کر لینا صحیح نہیں ہے کہ چونکہ دونوں بیض علی المحلہ چھوڑ دئیے گئے ہیں اس لئے مریضہ ان ناگوار فعلی عواقب سے بچ جائیگی جو فعل حیض کے بند ہوجانے کے بعد نمودار ہوتے ہیں۔

یہ امر ابھی تک زیر بحث چلا آرہا ہے کہ کس قسم کی رحم برآری اختیار کرنا چاہئے۔ ہم کلی رحم برآری کے دستور العمل کی تائید کرتے ہیں، اور یہ ایسا خیال ہے کہ اس میں روز افزوں تجربہ کی بنا پر ابھی تک کوئی تبدیلی واقع نہیں ہوئی۔

جیساکہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے ایسے ...۱ سے زائد اصابات درج کئے جاچکے ہیں جن میں قریب الکل رحم برآری کے بعد عنقی ٹنڈ میں سرطان پیدا ہوا۔ نیز رحم برآری کے ۹۰۰ اصابات کے ایک سلسلہ میں جن میں یہ عملیہ سلعات لیفیہ کے لئے انجام دیا گیا ۲ فی صدی میں مزامن الوجود سرطان عنق موجود تھا۔ کلی رحم برآری زیادہ مشکل عملیہ ہے اور اس کے انجام دینے کے لئے زیادہ وقت درکار ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں چند اصابات میں گھنے حوضی انضمامات کے موجود ہونے کی وجہ سے عنق کے دور کرنے میں کسی قدر اور خطرہ ہوتا ہے۔ ان صورت حالات میں اس امر میں کچھ شبہ نہیں، کہ بعض ماہرین امراض النسا کے نزدیک بیئر (Baer) کا فوق مہبلی بتر جو آسانی سے اور جلد انجام دیا جاسکتا ہے، سلعات لیفیہ کی جراحی میں ہمیشہ شامل رہے گا، لیکن ہماری رائے میں اس عملیہ کو ان سلعات لیفیہ تک محدود رکھنا چاہئے جو عقیم کتخدا، یا باکرہ عورتوں میں پائے جاتے ہیں۔

سلعات لیفیہ کے علاج میں جن جراحی طریقہ ہائے کار کی ضرورت ہوتی ہے انکے انجام دینے کی ترکیب کی تفصیلات معلوم کرنے کے لئے مطالعہ کنندہ کو صفحات 797 تا 800 اور بعد کے صفحات دیکھنے چاہئیں۔

500

دروں رحمی سلعہ

(ENDOMETRIOMA)

(Adenomyoma: غدی عضلی سلعہ)

اینڈو میٹریوما یعنی دروں رحمی سلعہ ایک نو تکون ہے جو ایسے غدی عناصر اور خلوی اتصالی بافت پر مشتمل ہوتا ہے جن کا منظر دروں رحمہ کی طرح ہوتا ہے اور جو ایسے رقبہ میں

پیدا ہوتا ہے جہاں یہ بافت طبعی حالت میں موجود نہیں ہوتی یعنی نلی قناتوں کے حدود سے باہر۔ درون رحمی سلعات کا عام ترین محل وقوع زنانہ تناسلی خطہ ہے، اور رحم کی عضلی دیوار بھی ان میں سے اکثر کے وقوع کے لئے ایک منتخب مقام ہے۔ مزید برآں اسی قسم کی بالیدیں خارج الرحم محلات میں بالخصوص مبیضین، مستقیمی تناسلی (مستقیمی رحمی اور مستقیمی مہبلی) انفصالی بافتوں، رباطات مستدیر، حوضی باریطون، اور زیادہ شاذ طور پر فرج، ناف، اور سابقہ شکم شگافیوں (laparotomies) کے ندبات میں پائی جاتی ہیں۔

رحم کی حالت میں خالص درون رحمی بافت دیوار رحم کے طبعی عضلہ کی مقدار کی زیادتی کو عموماً متلازم ہوتی ہے، اور اس مرکب سرطلی عضلی سلعہ کا ذکر اول اول کلن (Cullen) نے ۱۸۹۶ء میں ایڈینومائیوما (adeno-myoma) یعنی غدی عضلی سلعہ کے نام سے کیا تھا۔ چونکہ رحم سے باہر کے رقبہ جات میں اسی قسم کے حملوں میں جیسے کہ درون رحمہ کے حملے ہوتے ہیں، عضلی سلعی عناصر موجود نہیں ہوتے اور نیز درون رحمی غدد اور ہیکل کا منظر طبعی ہوتا ہے اسلئے "درون رحمی سلعہ" (''endometrioma'') کی اصطلاح، جس کا استعمال ۱۹۲۲ء میں بلیر بیل (Blair Bell) نے کیا تھا، زیادہ موزوں معلوم ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ درون رحمی سلعی بالیدوں اور دوروں کی اصل پر ستین حال میں بہت توجہ دی گئی ہے، اور اگرچہ اس کے متعلق کئی ایک نظریے قائم کئے جا چکے ہیں اور ان میں سے ہر ایک کو کسی قدر تائید بھی حاصل ہے مگر ابھی تک کوئی ایسی واحد توجیہ نہیں ہوئی جسے بلاشک وشبہ تسلیم کر لیا جائے۔ درون رحمی سلعات کی پیدائش کے اسباب پر بحث کرتے وقت ہمیں ہمیشہ اس امر کا خیال رکھنا چاہیے کہ یہ عارضہ نہ صرف محل حوض میں بلکہ خارج الحوض محلات میں بھی پایا جاتا ہے۔ اس سے اس امر کی توضیح ہوتی ہے کہ ان کی پیدائش کے متعلق ہمیں کیوں کوئی واحد سبب نہیں ملتا۔ خیالات حاضرہ کا رجحان رحم کے درون رحمی سلعات کو پختہ رحمی مخاطیہ کا مشتق تصور کرنے کی طرف ہے اور کلن نے اتنا پہلے یعنی ۱۹۰۸ء میں اس نظریہ کی تائید کی تھی۔ اسکے "عطفی نظریہ" (''diverticular'' theory) کے مطابق رحم کی اس بالید کا مقام ابتداً ایک عطفہ ہوتا ہے جو کبھی درون رحمہ سے پیدا ہو کر دیوار رحم کے عضلہ میں گھس جاتا ہے۔ مزید برآں حملہ آور ساخت متصلہ بافتوں میں پھیلنے کی استعداد رکھتی ہے اور خارج الرحم بالیدیں پیدا کر سکتی ہے۔

سیمپسن (Sampson) نے ۱۹۲۱-۲۲ء میں مبیض کے نزفی "قیری" ("tarry") یا "چاکلیٹی" ("chocolate") دویروں کی دیوار میں ایسی بافت کے موجود ہونے کی طرف توجہ دلائی تھی جس کا منظر دروں رحمہ کا ساتھا، اور اس نے یہ نظریہ قائم کیا کہ یہ خاطی دروں رحمہ ان دروں رحمی ٹکڑوں کے پیوند سے پیدا ہوتا ہے جو دورانِ حیض میں اترتے ہیں اور الٹے فلوپی نلیوں میں چلے جاتے ہیں۔ یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ اس "خلوی انتشار" ("cellular spill") سے پیدا شدہ پیوندوں میں، جو مبیض کی سطح اور حوضی باریطون پر قدرتاً بہت آسانی سے مطروح ہو جاتے ہیں، بڑھنے اور حملہ آور ہونے کی قوت پائی جاتی ہے۔ یہ بافتی خلیات عملِ تارکل سے بے جرم مبیض میں گھس جاتے ہیں اور وہاں نشوونما پاتے ہیں اور اپنا فعل انجام دیتے ہیں اور مبیض کے مشہور و معروف نزفی دویروں کی پیدائش کا باعث ہوتے ہیں۔ ان مشاہدات کو کئی ایک مشاہدین کی تائید حاصل ہے جن میں جیکبسن اور ورنن ہیلی شامل ہیں۔ جیکبسن نے یہ ثابت کیا ہے کہ حیوانات میں نُری مخاطیہ کے ٹکڑوں کا پیوند باریطون پر کامیابی سے لگایا جاسکتا ہے، اور ہیلی نے انسانی فلوپی نلی میں، دورانِ حیض میں، خون اور دروں رحمہ کے ٹکڑوں کے موجود ہونے کا مظاہرہ کیا ہے۔ یہاں ہم یہ بھی بیان کردینا ضروری سمجھتے ہیں کہ دورانِ حیض میں جو دروں رحمی بافت علٰحدہ ہوتی ہے اس کی قابلیتِ حیات سے نوویک (Novak) اور ٹیلنڈی (Telinde) نے اور حال ہی میں نکلسن نے انکار کیا ہے۔ نکلسن کا یہ بیان ہے کہ "یہ امر کسی طرح سمجھ میں نہیں آسکتا کہ عضونما (ارگینائڈ) ساخت کے نسبتہً عظیم الجسامت اور مرکب ٹکڑے اتنی سرعت سے عروق دار ہو جائیں کہ تنخر کے کوئی امارات ظاہر نہ ہوں۔ پیوندوں کی ہر قسم کے اسلوب کے متعلق جو کچھ ہمیں معلوم ہے اس سے یہ بالکل مختلف ہے۔"

مذکورہ بیان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سیمپسن کا نظریہ کلن کے نظریہ کو باطل نہیں کرتا بلکہ اس امر کی توجیہ کرنے سے کہ دروں رحمی بافت بعض خارج الرحم محلات میں کس طرح پہنچ سکتی ہے اس کی تکمیل کرتا ہے۔ چنانچہ ہم رحم کے دروں رحمہ کو دروں حوضی دروں رحمی سلعات کا امکانی منبع تسلیم کرسکتے ہیں۔ بالید کے دیوارِ رحم میں پیدا ہونے کی وجہ کلن کے عطفی نظریہ سے بخوبی ظاہر ہوتی ہے، اور خارج الرحم محلات میں اس کے نمودار ہونے کی توضیح سیمپسن کے سرحلہ ریزی یا "خلوی انتشار" کے نظریہ سے ہوتی ہے۔

501

بالیدمیں عضلہ کے موجود ہونے یا نہ ہونے کا انحصار اُس بافت کی نسیجیات پر ہے جس پر حملہ ہوتا ہے، اور بحث اسباب کے اعتبار سے اس کی قطعاً کوئی اہمیت نہیں۔ خارج الجوف محلات میں درون رحمی سلعات کے پیدا ہونے کے اسباب پر ابھی بحث کرنا باقی ہے۔

درون رحمہ نما بافت غذائی خطہ، ناف، رباطِ مستدیر، اربی قنال، اور بہت سے دیگر مقامات میں پائی جاچکی ہے۔ مذکورہ محلات میں سے بعض ایسے ہیں جن میں بالید کے غدی اور اتصالی بافت کے عناصر کا رحمی مخاطیہ سے پیدا ہونا بعید از قیاس ہے۔ جہاں تک اربی بالیدوں کا تعلق ہے یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ جب رباطِ مستدیر اربی قنال میں اترتا ہے تو اس کے ساتھ جنینی نلی کی باقیات کچھ آتے ہیں جو درون رحمی سلعہ کے لئے نقطۂ ابتدا کا کام دیتے ہیں۔

کلن (Cullen) اس نظریہ سے متفق ہے لیکن سیمپسن (Sampson) ان "بے محل درون رحمی سلعات" ("ectopic endometriomas") کو عروقی انتشار سے پیدا شدہ سروحات (metastases) تصور کرتا ہے جیسا کہ خبیث نوساختوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک ایسی توضیح ہے جو ہماری رائے میں مزید ثبوت کی محتاج ہے۔

غذائی قنال، ناف، زائدہ، جگر، اور گردہ میں جو متماثل بالیدیں پیدا ہوتی ہیں ان کی پیدائش کی وجہ ہمیں سرحلہ کے اس رویہ کے مطالعہ سے دریافت کرنا چاہیئے جو یہ التہاب کی موجودگی میں اختیار کرتا ہے۔ جب کبھی مخاطی سطح یا مصلی سطح یا جلد کے نیچے التہاب واقع ہوتا ہے تو یہ منفصلہ سرحلہ میں درریزشی تکاثر پیدا کر دیتا ہے۔ یہ سرحلی تکاثر اول اول ایک محافظ عمل ہوتا ہے جیسا کہ کسی قرحہ پر کی پوشش میں دیکھا جاتا ہے، لیکن یہ فعلیاتی بیش نکون کے حدود سے متجاوز ہو سکتا ہے اور ہو جاتا ہے اور اس سے سرحلی انبیبیات پیدا ہو جاتے ہیں جو غدی حملہ کے تمام مناظر کو ظاہر کرتے ہیں۔

یہ نئے بنے ہوئے انبیبیات ان بافتوں میں خراش پیدا کر دیتے ہیں جن پر یہ حملہ کرتے ہیں، اور اس کا ثبوت یہ ہے کہ جن بافتوں پر حملہ ہوتا ہے ان میں بیش نکون واقع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب عضلہ موجود نہیں ہوتا تو غدی سلعہ بن جاتا ہے، اور جب عضلہ موجود ہوتا ہے تو غدی عضلی سلعہ طیار ہو جاتا ہے، یا جب اتصالی بافت کا بیش نکون اور عضلی بیش نکون دونوں موجود ہوتے ہیں تو لیفی عضلی غدی سلعہ پیدا ہو جاتا ہے۔

باریطونی درسلمہ (مصلیتی درسلمہ) کا رویہ بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ اوپر بیان

کیا جاچکا ہے۔ اس امر کی طرف سب سے پہلے آئیوانوف (Iwanoff) نے اشارہ کیا تھا۔ "مصلیتی" نظریہ ("serosal" theory) اسی کا قائم کیا ہوا ہے جس کی رو سے درون رحمی سلعہ کے غدی عناصر کے منبع کو باریطون (مصلیتی سرطلمہ) سے منسوب کیا جاتا ہے[1]۔

نکلسن نے اس "مصلیتی" یا باریطونی بعد تکوینی نظریہ (peritoneal meta-plasic theory) کی، جو خارج الحوض مقامات میں اور خاص کر شکم شگافی کے ندبات اور رباط مستدیر میں درون رحمہ نما بافت کی موجودگی کی توجیہ کے لئے قائم کیا گیا ہے، حال ہی میں زبردست تائید کی ہے۔ اس مصنف کا جو سیمپسن کے نظریہ کو غیر ممکن تصور نہیں کرتا، یہ خیال ہے کہ "ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کی بنا اتنے کثیر التعداد مفروضات پر رکھی گئی ہے کہ ان کو (غیر مشروط طور پر) تسلیم نہیں کیا جا سکتا"۔ بیض کے دموی دوروں پر بھی یہی صادق آتا ہے جن کے متعلق کنگ (King) کا یہ خیال ہے کہ یہ لیوتینی اصل کے ہوتے ہیں۔ بیض کے "قیری دوروں" ("tarry cysts") کا ذکر کسی آئندہ باب میں کیا جائے گا (دیکھو صفحات 672 تا 675)۔

مذکورہ بالا بیان سے یہ ظاہر ہے کہ درون رحمی سلعات کے اسباب کے متعلق ابھی تک بہت سا اختلاف رائے موجود ہے، اور اس سلسلہ میں ابھی تک کوئی قطعی فیصلہ نہیں ہوا۔ موجودہ معلومات کی روشنی میں ہم مطالعہ کنندہ کو یہ مشورہ دیں گے کہ وہ اس موضوع کے متعلق کوئی خاص رائے ہرگز قائم نہ کرے، اور جو مختلف نظریے پیش کئے گئے ہیں ان کو "ثابت شدہ نہیں" بلکہ ممکن تصور کرے۔

درون رحمی سلعات کو تشریحی بنا پر ہم مندرجہ ذیل اقسام میں تقسیم کر سکتے ہیں:-

---

[1] For a further consideration of this subject, see (*a*) "Fibroids and Allied Tumours," C, Lockyer. Macmillans, 1917. (*b*) *Guy's Hospital Reports*, vol. 76, 1926, pp.118-252. (Nicholson.) (*c*) *Journ. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 1926, 33, 620. (Nicholson.)

۱۔ دروں حوضی یا تناسلی دروں رحمی سلعہ

ا۔ رحمی { (۱) مرکزی یا منتشر دروں رحمی سلعہ
(۲) محیطی یا محاط دروں رحمی سلعہ }

ب۔ بروں رحمی

(۱) بیضی

(۲) رباط مستدیر کا دروں رحمی سلعہ (دروں باریطونی)

(۳) مستقیمی تناسلی

۲۔ بروں حوضی

(ا) اربی دروں رحمی سلعہ (رباط مستدیر) اور شعری دروں رحمی سلعہ

(ب) غذائی

(ج) سُرّی

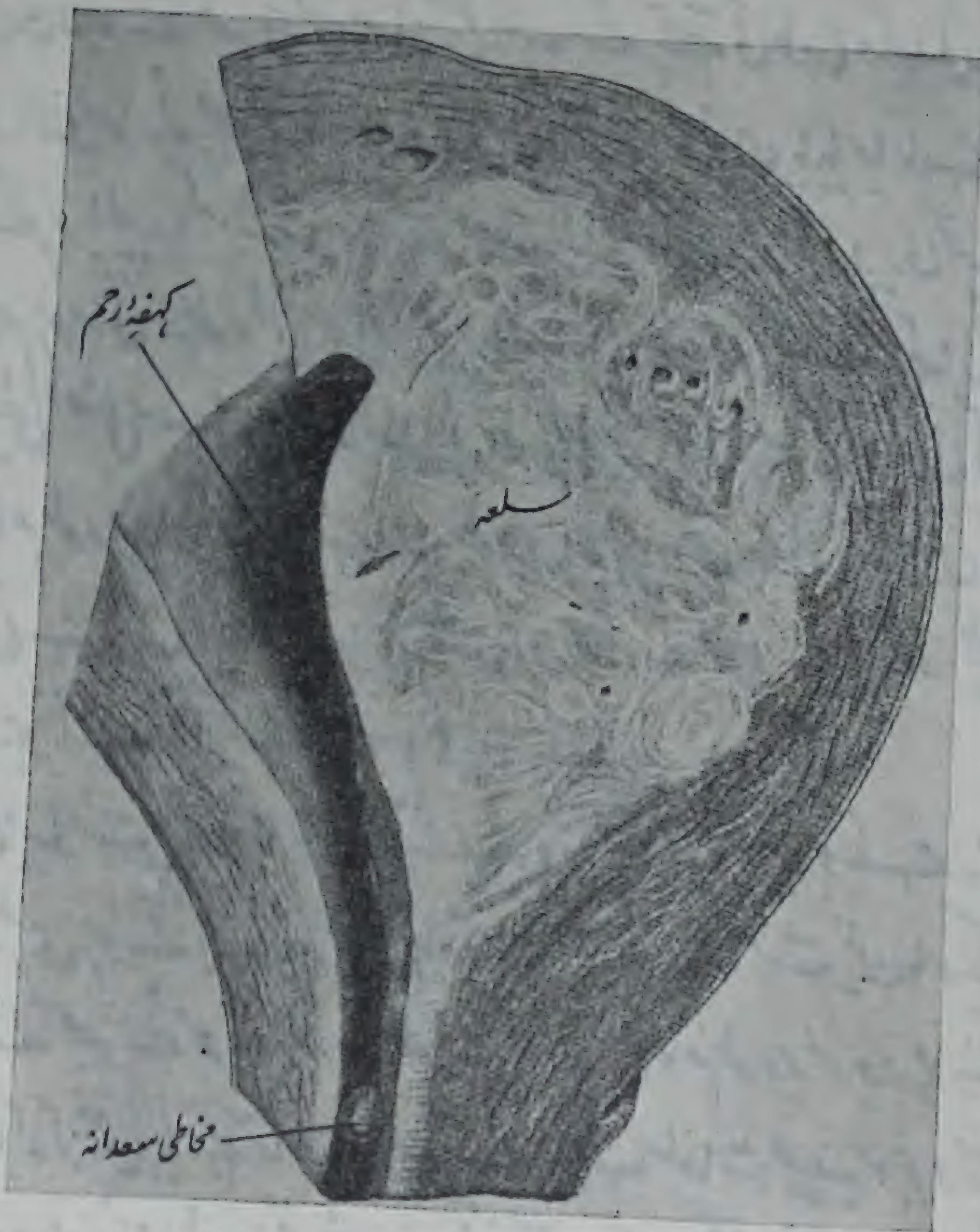
(د) کبدی، مراری، کلوی اور جلدی۔

نشان ۱ یعنی دروں حوضی یا تناسلی سلعات کے تمام اقسام پختہ جسمی دروں رحمہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

نشان ۲ یعنی بروں حوضی بالیدوں کی پیدائش کی توجیہ کے لئے اس صورت میں جبکہ ان کا مولری جنینی باقیات سے تسلیم نہ کیا جائے، سرحلمی بے محلی (epithe-lial heterotopy) (التہابی نظریہ) کے نظریہ کی طرف رجوع کرنا چاہئے۔

(ا) یوٹیرائن اینڈومیٹریوما (Uterine Endometrioma) یعنی رحمی دروں رحمی سلعہ۔ (۱) مرکزی یا انتشاری۔ اس قسم میں سرحلمہ رحم کی پختہ غشائے مخاطی سے پیدا ہوتا ہے، لہٰذا اس کا تعلق تکلن کے عطفی نظریہ سے ہے۔ بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ رحم کی عضلی دیواروں پر غشائے مخاطی کے حملہ آور ہونے کا سبب کوئی سابق الوجود دروں رحمی التہاب ہوتا ہے۔ یہ توجیہ اگرچہ ممکن ہو سکتی ہے لیکن اس کے لئے مزید ثبوت کی ضرورت ہے۔ بعض اوقات یہ حملہ کسی سابق الوجود سلعہ لیفیہ کے جرم کے اندر ہوتا ہے، مگر زیادہ کثرت سے یہ دیوار رحم ہی کے اندر ہوتا ہے اور سابق الوجود بالیدگی

اندر نہیں ہوتا۔

ڈبلیو۔ شانے حال ہی میں اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ نزفی رحمی مرض یا شروڈر کے مرض کے بعض اصابات میں "دروں رحمیت" ("اینڈو میٹریوسس") کا خفیف سا درجہ یا رحم کے عضلی نظام پر ماتحت دروں رحمہ کا مقامی حملہ پایا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 406)۔ جس رقبہ پر یہ حملہ ہوتا ہے اس کے عضلہ اور اسکی اتصالی بافت میں بیش تکون واقع ہو جاتا ہے، جو شاید دروں بال سر حلمہ سے پیدا شدہ خراش کے جواب میں رونما ہوتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

شکل ۲۹۶۔ رحم کا دروں رحمی سلعہ (اینڈو میٹریوما) (ایڈینو مایئوما یعنی غدی عضلی سلعہ)۔ منتشر قسم۔ (کلن۔)

رحم کی دیوار میں ایک منتشر دبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ رحم کی موخر دیوار سب سے زیادہ کثرت سے اس طرح متاثر ہوتی ہے، لیکن یہ تغیر بعض اوقات تمام جسم رحم پر بھی اثر انداز ہوتا ہے۔ عنق تک

اس تغیر کی توسیع نہیں ہوتی، اور منتشر رحمی غدی عضلی سلعہ محض جسم رحم تک محدود رہتا ہے، اور اس عضو کے اوپر کے حصہ کی نسبت نیچے کے حصہ میں زیادہ کثرت سے عارض ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۶)۔

جو بالیدمرکز پر واقع ہوتی ہے اس کی کوئی واضح محاط حد نہیں ہوتی، اور یہ لازمی طور پر ایک انتشاری حالت ہے۔ متاثرہ رقبہ پر کا دروں رحمہ بعض اوقات طبعی دکھائی دیتا ہے اور بعض اوقات یہ دبازت یافتہ ہوتا ہے۔ نیچے کی طرف بڑھنے والے طاقات کے منہ کبھی کبھی خالی سطح پر دیکھے جا سکتے ہیں، اور مرض کے کسی متاخر درجہ میں بعض اوقات چھوٹی چھوٹی دوری فضائیں بن جاتی ہیں، جن کی وجہ سے سلعہ کی کٹی ہوئی سطح شہد کے چھتے کی طرح دکھائی دیتی ہے (دیکھو شکل ۲۹۷)۔ ان چھوٹے چھوٹے دوریوں میں اکثر پرانا خون پایا جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۶ ا)۔

کاٹنے پر بالیدا اکثر نہایت سخت پائی جاتی ہے، گر دوری تغیرات کی وجہ سے یہ بعض اوقات نرم ہو جاتی ہے۔ کٹی ہوئی سطح پر ویسا ہی مدوری منظر دکھائی دیتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۶) جو لیفی عضلی سلعہ کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے، لیکن موتی کی سی وہ سفید رنگت جو موخر الذکر میں عام طور پر پائی جاتی ہے اس سلعہ میں نہیں دیکھی جاتی، اور اس کی کٹی ہوئی سطح پھیکی سفید یا گلابی ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ سلعہ اپنی رنگت اور خاکہ کے لحاظ سے اتنا واضح المحدود نہیں ہوتا جتنا کہ سلعہ لیفیہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۶ ا اور ب)۔

504

رحم کی جسامت پر ان کا جو اثر ہوتا ہے وہ اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس عضو کے ابعاد طبعی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات اس کی جسامت تین ماہ کے حمل کے برابر ہو جاتی ہے۔ چھوٹے چھوٹے مجرد یا عدید سلعات لیفیہ بھی عام طور پر موجود ہوتے ہیں جن کی وجہ سے رحم کا خاکہ کر پیچی یا بے قاعدہ ہو جاتا ہے۔ جب سلعات لیفیہ موجود نہیں ہوتے تو رحم کی عمومی شکل میں زیادہ تبدیلی واقع نہیں ہوتی۔ قرب وجوار کی ساختوں سے التصاقات عموماً پیدا ہو جاتے ہیں۔ ضمیمی التہاب اس کثرت سے پایا جاتا ہے کہ لیفی عضلی سلعات کی حالت میں بھی یہ اس کثرت سے نہیں پایا جاتا۔

ساخت۔ سر حلمی حملہ انبیبات کی شکل میں ہوتا ہے جن میں شاخ در شاخ انقسام پایا جاتا ہے اور جن کا استر ستونی سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ ان کے دورنوں میں بعض اوقات لون دار اجسام پائے جاتے ہیں جن کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ فعل حیض سے کچھ تعلق رکھتے ہیں

صفحہ ۲۷

رحم کا دروں رحمی سلعہ (Endometrioma) (غدی عضلی سلعہ : Adenomyoma) جو ایسے غدی اُنبیبات
کو ظاہر کرتا ہے جو دروں رحمہ سے عضلیہ پر حملہ کر رہے ہیں۔

مقابل صفحہ 503-

اور متغیر خون پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ شاخدار ابیبیات کی ان فضاؤں میں سے بڑھتے چلے جاتے ہیں جو عضلی بنڈلوں کے درمیان ہوتی ہیں (دیکھو صفحہ ۲۷)، اور ان کے آگے بڑھنے کی ایک مخصوص ترتیب یہ ہے کہ بہت سے ابیبیات اتصالی بافت کے کسی مستوی میں سے گذر جاتے ہیں۔

شکل ۲۹۷ - رحم کے دروں رحمی سلعہ (Endometrioma) کے تحت مخاطی حصّہ کا منظر دکھایا گیا ہے جو شہد کے چھتے کا سا ہے۔

باہر کی طرف بڑھنے والے ابیبیات کا اس قسم کا سلسلہ غدی ابیبیات کے ایک واضح المحدود تودہ سے شروع ہوتا ہے جس میں یہ بہت گنجان طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن خواہ ابیبیات اکیلے اکیلے ہوں یا تودوں کی شکل میں، یہ بیشتر کوئی اتصالی بافت سے محصور ہوتے ہیں۔

موخر الذکر بہت خلیہ دار ہوتی ہے ۔ اس کا منظر درون رحمہ کے ہیکل کے مشابہ ہوتا ہے' اور یہ شائد اس کی متماثل ہے ۔ مزید برآں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ اس بافت میں جس کو خلیہ زا عبا (cytogenous mantle) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے' دوران حمل میں ریزینی تعامل واقع ہوتا ہے ۔ لیفیات کے تمدد سے جو دیر سے پیدا ہو جاتے ہیں ان کی وجہ سے اس خلیہ زا عبا میں تخفیف واقع ہو جاتی ہے جو بعض اوقات یہاں تک پہنچ جاتی ہے کہ یہ عبا بالکل غائب ہی ہو جاتی ہے' ورنہ یہ ممیز بافت درون رحمی سلعی بالیدگی کے نہایت مستقل اور نمایاں لیفیاتی خواص میں سے ہے ۔

505

ا ۔ (۲) محیطی (Peripheral) یا محاط (Circumscribed) ۔ یہ قسم سابق الذکر کے مقابلہ میں نہائت ہی نادر الوقوع ہے ۔ فان ریکلنگاسن (Von Rekhlin-ghausen) کے مطابق یہ ایک چھوٹی سی کر بیجی بالیدگی کی شکل میں قرن الرحم کے قریب رونما ہوتی ہے' اور یہ بالیدہ بالعموم رحم کی موخر دیوار پر واقع ہوتی ہے ۔ اس کے بعد کے زمانہ میں یہ ثابت کیا گیا ہے کہ ان قرنی بالیدوں میں سے اکثر حقیقت میں التہاب انبوبی کربیجی (salpingitis nodosa) کی مثالیں ہیں (دیکھو صفحات 641 و 642) جو فلوپی نلی کے تنگنائی اور رحمی حصوں میں واقع ہوتی ہیں ۔

محیطی رحمی درون رحمی سلعہ کی ایک اور بالکل مختلف قسم وہ ہے جس کی طرف کلن نے توجہ دلائی ہے ۔ یہ کسی مرکزی مخاطیتی بالیدہ کا ایک بروز ہوتی ہے جس کا رخ باہر کی طرف ہوتا ہے' اور یہ معتد بہ جسامت کا ایک تحت باریطونی سلعہ پیدا کر سکتی ہے ۔ بالیدہ کا یہ بروز جو باہر کی طرف کو ہوتا ہے بعض اوقات تحت باریطونی ہوتا ہے اور بعض اوقات رباط عریض کی تہوں میں چلا جاتا ہے ۔ کئی ایک اصابات میں یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ کہفہ رحم اور اس قسم کی بالیدوں کی غدی بافت کے درمیان ایک واضح ربط موجود ہوتا ہے ۔ ڈوڈرالین اور ہرزگ نے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جس میں ایک غدی عضلی سلعہ کے کہفہ میں' جو بائیں رباط عریض میں واقع تھا' استقرار حمل ہو گیا تھا ۔ لہٰذا اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ بعض غدی عضلی سلعات اپنے اصلی رحمی محل سے خارج ہو کر بعینہ سلعات لیفیہ کی روش کا اظہار کرتے ہیں ۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ غدی عضلی سلعات بعض مثالوں میں سلعات لیفیہ ہی ہوتے ہیں جن پر مخاطیہ حملہ آور ہو جاتا ہے ۔

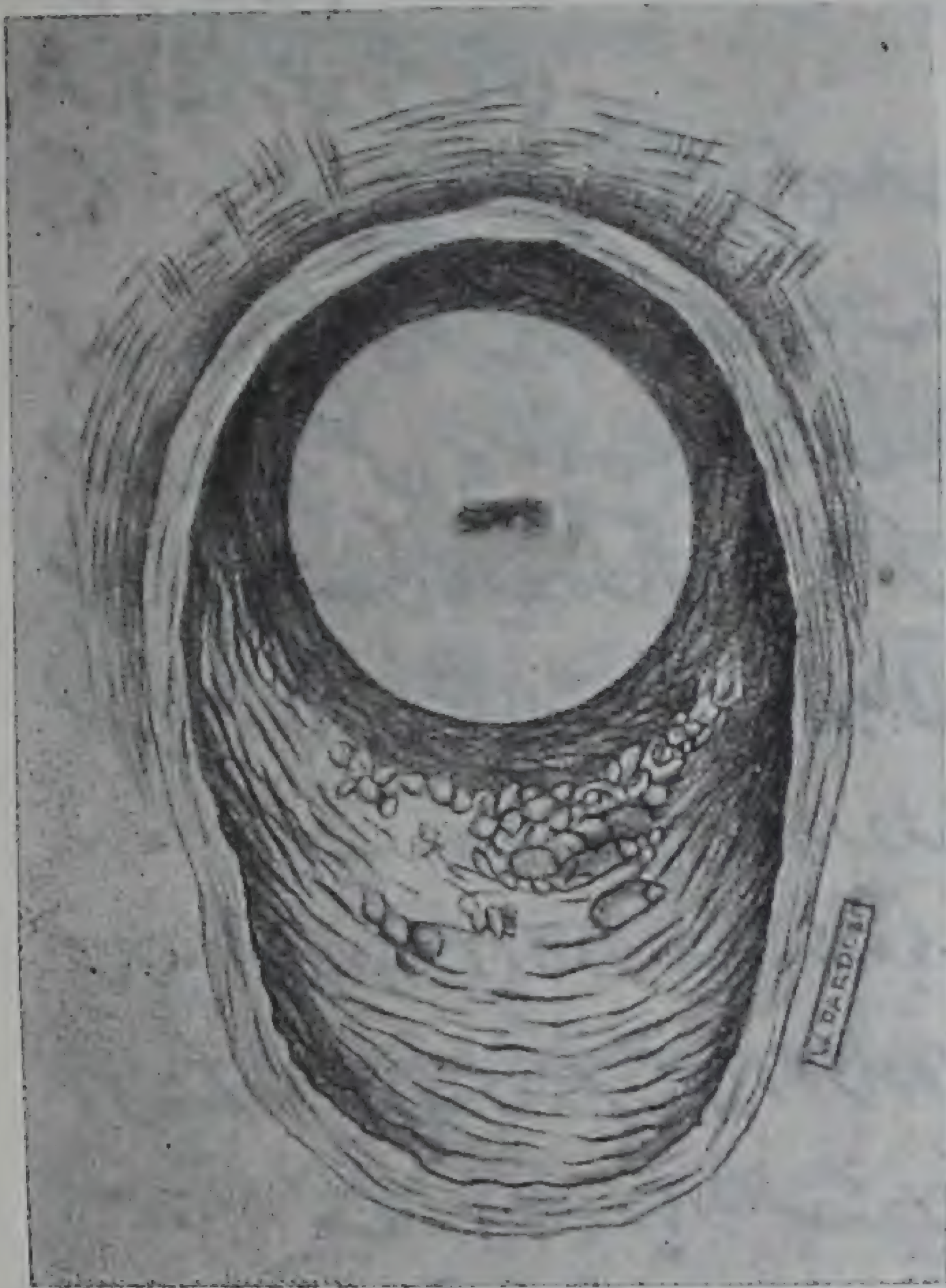
ہم میں سے ایک (بی۔ ڈبلیو) نے محیطی دروں رحمی سلعات کے دو دلچسپ اصابات دیکھے ہیں جن میں یہ خیال کرنا مشکل تھا کہ ان کے محل کی توجیہ دیوارِ رحم سے ان کے خروج کر آنے سے ہو سکتی ہے۔ ایک بالیدہ ایک نوعمر عورت میں پائی گئی جس کا رحم ریحانی تھا اور جسے کبھی حیض نہیں آیا تھا۔ اس مریضہ میں سلعہ رحمی مثانی جیب میں واقع تھا، اور مثانہ پر حملہ آور ہو چکا تھا جس سے دمِ بولیت (hæmaturia) پیدا ہو گئی تھی۔ دوسری مریضہ میں بالیدہ دائیں طرف کے رباط کی تہوں کے درمیان واقع تھی اور دیوارِ رحم سے اس کا کوئی تعلق خردبین سے بالمجرد نظر ظاہر نہیں کیا جا سکتا تھا، اور اس کے ساتھ عمومی حوضی دروں رحمیت اور التصاقات کی کوئی شہادت موجود نہیں تھی۔

جس طرح بعض دروں رحمی سلعات عمل خروج سے تحت باریطونی یا دروں رباطی ہو جاتے ہیں، اسی طرح بعض اندر کی طرف ابھر آنے سے تحت مخاطی بھی ہو جاتے ہیں۔ ان دونوں مثالوں میں یہ ممکن ہو سکتا ہے کہ ابتدائی بالیدہ سلعہ لیفیہ ہوتی ہو جس پر دروں رحمہ کا حملہ ہو جاتا ہو۔ اس قسم کی بالیدوں کو سابق الذکر منتشر قسم سے تمیز کرنا چاہیئے جس میں کسی سابق الوجود سلعہ لیفیہ کی کوئی شہادت نہیں پائی جاتی۔

ب۔ (۱) **بیض کا دروں رحمی سلعہ**۔ اس حالت کی طرف پہلے بھی اشارہ کیا جا چکا ہے اور اس کا ذکر ایک آئندہ باب میں (صفحات 673 تا 675) کیا جائے گا کیونکہ اس کے سریری خواص منضم بیضی دموی دیرہ کے سے ہوتے ہیں۔

ب۔ (۲) **رباطِ مستدیر کا دروں رحمی سلعہ**۔ رباطِ مستدیر پر دروں رحمی سلعات تین محلات میں واقع ہوتے ہیں۔ (۱) رحم اور داخلی شکمی حلقہ کے درمیان (دروں باریطونی)، (۲) قنالِ تنگ میں (دروں جداری)، اور خارجی شکمی حلقہ کے باہر (بروں جداری)۔ جب دویری دروں رحمی سلعات خارجی حلقہ کے قرب و جوار میں پائے جاتے ہیں تو ان کو قنالِ تنگ کے قیلہ مائیہ (hydrocele) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ تشخیص ان کو علیحدہ کرنے کے بعد عموماً خردبین سے کی جاتی ہے۔ ایک نمایاں ساقچہ بھی جو دویری بالیدہ کو رباطِ مستدیر سے ملاتا ہے ایسی حالت میں شناخت کیا جا سکتا ہے جب کہ یہ ارد گرد کی بافتوں سے کثیف التصاقات کے ذریعہ سے چپکا ہوا نہ ہو۔ دویرہ کے مشمولات عموماً خون آلود اور چاکلیٹ کے رنگ کے ہوتے ہیں۔ یہ سلعات بالعموم یک جانبی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات شفرہ کبیر تک

پھیلے ہوئے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۲۹۹) اور دورانِ حیض میں ان میں درد پیدا ہو جاتا ہے۔

شکل ۲۹۸ ا۔ رحم کی موخر دیوار کی سہمی تراشش جس میں درون رحمی سلعہ ﮦ عنق ع کی بابت سے منضم دکھائی دیتا ہے۔ موخر قبوہ میں بالیدہ کی جو بے قاعدہ حلیمی حالت نظر آتی ہے وہ ح سے ظاہر کی گئی ہے (کلین ہاسس کے مطابق)۔

شکل ۲۹۸ ب۔ مستقیمی تناسلی فضا کا درون رحمی سلعہ جس کے دیوار مہبل میں سے نفوذ کر آنے سے مہبل کے موخر قبوہ میں ایک منتشر حلیمی بالیدہ پیدا ہو گئی ہے (بیک وتھ وائیٹ ہوس)۔

ان علامات سے چند اصابات کی سریری طور پر تشخیص کی جا چکی ہے۔

ریاطِ مستدیر کا رحمی سرا اور اس کی بعدی انتہا ان سلعات کے وقوع کے لئے منتخب
مقامات ہیں۔ موخر الذکر محل میں قبل الذکر کی نسبت تین گنے دروں رحمی سلعات پائے جاتے ہیں۔
یہ ہمیں کہیں زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتا ہے کہ بعد تکوینی (metaplasic) باریطونی فعالیت
یا وہ دگر تکوینی (heteroplastic) تغیرات جو مضغی ملری مخاطیہ میں واقع ہوتے ہیں ان بالیدوں
کی پیدائش کا سبب ہو سکتے ہیں جو خواہ دروں باریطونی محل میں واقع ہوں یا بروں باریطونی
میں، لیکن چونکہ نظریۂ پیوند کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ہے اس لئے ہم نے ان سلعات کو
۱ اور ۲ دونوں گروہوں میں شامل کر لیا ہے۔

ب۔ (۳) مستقیمی تناسلی فضا کا دروں رحمی سلعہ[1] مستقیمی تناسلی فضا یا وہ خلوی
وقفہ جو معائے مستقیم (جو پیچھے کی طرف ہوتی ہے) اور عنق رحم اور مہبل (جو آگے کی طرف ہوتی
ہیں) کے درمیان واقع ہوتا ہے بروں رحمی دروں رحمی سلعات کے وقوع کے لئے منتخب مقامات
میں سے ہے۔ جو بالیدیں اس مقام پر دیکھی گئی ہیں ان میں سے اکثر کافی چھوٹی ہیں، لیکن کئی ایک
مثالوں میں سلعات وسیع تھے جس سے یہ خیال پیدا ہوتا تھا کہ یہ خبیث ہیں۔

507

چھوٹی چھوٹی بالیدیں منضم کرنیچوں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں، اور یہ کرنیچے امتحان
کرنے والی انگلی کو موخر مہبلی قبوہ سے اوپر اور بعض اوقات موخر مہبلی محراب میں ابھرے ہوئے محسوس
ہوتے ہیں۔ ان بالیدوں میں اکثر درد ہوتا ہے اور یہ جماع مولم کا سبب ہوتی ہیں، اور اس لئے
کتخدا عورتوں میں ان کی شناخت جلد ہو جاتی ہے۔ یہ ان چھوٹے چھوٹے سلعاتِ لیفیہ کی
نسبت، جو بعض اوقات موخر قبوہ میں پائے جاتے ہیں، اردگرد کی بافتوں سے زیادہ منضم ہوتی
ہیں۔ ان میں مہبلی دویرہ کی سی کڑی لچک نہیں پائی جاتی، اور جو مہبلی غشائے مخاطی ان کے
نیچے ہوتی ہے اس میں اکثر یہ شکن پیدا کر دیتے ہیں اور اسے حلیمہ دار بھی بنا دیتے ہیں
(دیکھو شکل ۲۹۸، ا اور ب)۔ چھوٹے چھوٹے کرنیچے معائے مستقیم یا عنق اور ورکی شوکہ
تک سے بھی منضم پائے جاتے ہیں۔ جب مہبل کا امتحان کرنے پر موخر قبوہ سے اوپر کوئی

---

[1] اگرچہ ہم نے مستقیمی تناسلی دروں رحمی سلعات کو ان سلعات میں شامل کر دیا ہے جو پختہ دروں رحمہ
کے معہ خلوی انتشار“ سے پیدا ہوتے ہیں، مگر ان کی ابتدا کے دوسرے منابع مثلاً باریطونی یا مہبلی سرحلمہ
کو نظر انداز کرنا ناممکن معلوم ہوتا ہے۔

مثبت اور سخت کر بیجہ محسوس کیا جا سکے تو مستقیمی تناسلی فضا کے دروں رحمی سلعہ کا ضرور خیال رکھنا چاہئے خاصکر جبکہ مجامعت کے درد خیز ہونے کی شکایت موجود ہو۔

اگر ابتدائی کر یبھی درجہ مشاہدہ میں آنے کے بغیر ہی گذر جائے تو بالیدبعض اوقات ایک انتشاری طریقہ سے پھیل جاتی ہے، اور اردگرد کی ساختوں پر حملہ آور ہوتی ہے۔ یہ بالید معائے مستقیم کے عضلی اور تحت مخاطی طبقوں، عنق کی عضلی دیوار، اور رباط عریض کے قاعدہ پر کی خلوی بافتوں پر حملہ آور ہو سکتی ہے۔ بایاں رباط عریض دائیں کی نسبت عموماً زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ سلعہ کے بڑھنے کے ساتھ ساتھ بعض اوقات ڈگلس کی جیب کا باریطون اوپر اٹھتا جاتا ہے حتیٰ کہ رحم کی موخر دیوار پر کے باریطون کی حالت بھی ایسی ہی ہو جاتی ہے۔ مہبلی مخاطیہ پر بھی

شکل ۲۹۹ - دائیں شفرۂ کبیر کے دروں رحمی سلعہ کی تراش بمجرد نظر۔ یہ سلعہ ۴۲ سال کی ایک مریضہ سے جس کو دو اولادیں ہو چکی تھیں علٰحدہ کیا گیا تھا، اور یہ تین سال سے موجود تھا۔ (جے سٹیوارٹ ہنری۔)

انجام کار غدی عناصر کا حملہ ہوتا ہے جو بالآخر اس میں نفوذ کر جاتے ہیں اور ایک حلیمی سطح پیدا کر دیتے ہیں جس سے آبی مواد کا ارتشاح ہوتا ہے اور بعض اوقات اس سے حقیقی نزف بھی واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۹۸، ا اور ب)۔ سلعہ بالعموم ایک کثیف سخت اور مثبت تودہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو واضح المحدود نہیں ہوتا، اور عنق، معائے مستقیم اور مہبل اسکے ساتھ مکمل طور پر مثبت ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۰۳)۔ بہرحال دوران حمل میں یہ زیادہ نرم ہو جاتا ہے اور جسامت میں بڑھ جاتا ہے۔ براستہ معائے مستقیم مقدم یا مقدم جانبی دیوار میں ایک سخت سلعہ محسوس کیا جا سکتا ہے۔ مستقیمی غشائے مخاطی اس پر حرکت پذیر ہوتی ہے،

گویہ تودہ بعض اوقات اتنا بڑا بھی ہوجاتا ہے کہ درونہ تنگ ہوجاتا ہے اور اس میں بہت کم گنجائش باقی رہ جاتی ہے، اور اس سے خبیث سلعہ کا خیال پیدا ہوتا ہے۔

علامات۔ ابتدائی مدارج میں نمایاں ترین علامت جماع مولم ہوتی ہے، اور بعد میں جب بالید منتشر ہوجاتی ہے تو شدید قبض پیدا ہوجاتا ہے اور تبرز درد خیز ہوجاتا ہے۔

زیادہ شاذ حالتوں میں حقیقی تسدد بھی واقع ہوجاتا ہے۔ تاہم مستقیمی نزف واقع نہیں ہوتا۔ جونہی بالید مہبلی مخاطیہ میں نفوذ کرتی ہے اور اسے تباہ کرنا شروع کردیتی ہے مہبل کے راستہ سے ایک آبی مواد آنا شروع ہوجاتا ہے جو بعض اوقات نزفی بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس پر تضیمی مرض کے، جس میں مبیضی دروں رحمی سلعہ بھی شامل ہے، علامات اور امارات کا اضافہ ہوجاتا ہے۔

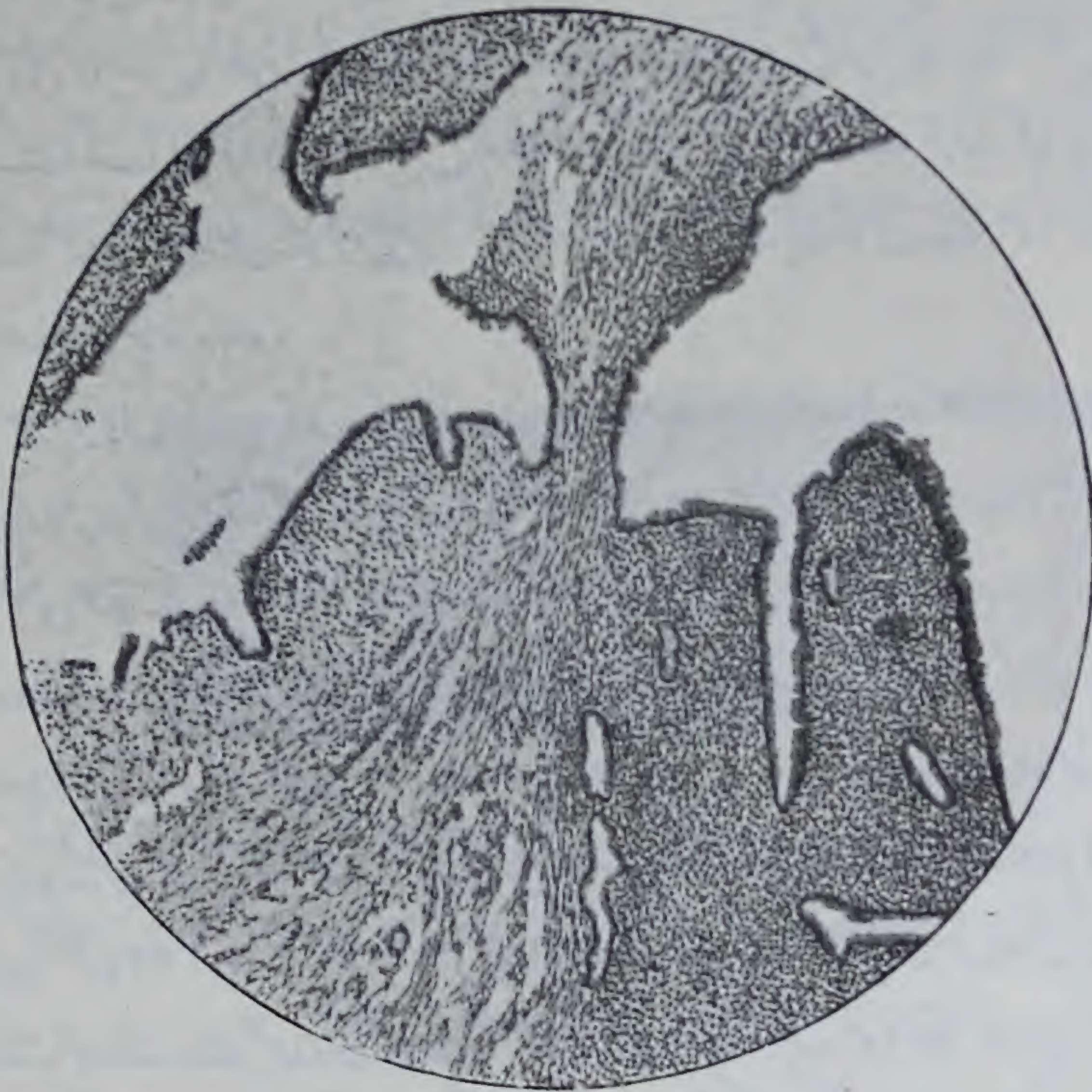
۲۔ بروں حوضی دروں رحمی سلعہ (Extra-pelvic Endometrioma)۔

بروں حوضی دروں رحمی سلعہ کی صرف انہی قسموں کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے جو شفرتین میں اور خارجی شکمی حلقہ کے باہر، اور گاہے گاہے دیوارِ شکم میں شکم شگافی کے ندبہ پر واقع ہوتی ہیں۔ قبل الذکر سلعات کو ان کے محلات کے لحاظ سے شفری یا اربی کہا جاسکتا ہے۔ ان کے متعلق یہ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ اُن ملری آثار سے نمو پاتے ہیں جو رباط مستدیرہ کے ساتھ نیچے کی طرف چلے آتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ان کی اصل باریطون سے بعد تکوینی (metaplasic) ہو۔ جو شفری بالید شکل ۲۹۹، ۳۰۰، اور ۳۰۱ میں دکھائی گئی ہے وہ بیالیس سال کی ایک عدید الولادت عورت سے علیحدہ کی گئی تھی۔ اس کا نمو بہت آہستہ ہوا تھا، اور یہ الیم تھی، اور دورانِ حیض میں اس میں درد ہوتا تھا، لیکن اس دوران میں اس کی جسامت میں کوئی اضافہ نہیں ہوتا تھا اگرچہ اس قسم کے سلعات میں اس کا رجحان پایا جاتا ہے (دیکھئے سٹیوارٹ ہنری)۔

ایک ایسے دروں رحمی سلعہ کی، جس سے دیوارِ شکم ماؤف تھی، بہت عمدہ مثال شکل ۳۰۲ میں دکھائی گئی ہے۔ یہ سلعہ شکم شگافی سے پیدا شدہ ندبہ میں ظاہر ہوا تھا جو ایک عظیم الجسامت مبیضی دویری سلعہ کے استیصال کے لئے پندرہ سال پہلے انجام دی گئی تھی۔ ندبہ کے نچلے سرے پر بعد میں ایک جوف بن گیا تھا جس سے ہر حیض کے دوران میں خون کا فوری جریان ہوتا تھا۔ سلعہ اور جوف کا استیصال کردیا گیا اور کہفہ خوش کثیف

بافت۔ سے در ریختہ پایا گیا جو رحم اور متصلہ احشا کے ارد گرد موجود تھی اور جس سے رحم ثبت تھا۔ عمیق لاشعاعوں سے اس حالت کا علاج کیا گیا جس سے اسے سریریاتی لحاظ سے شفا حاصل ہو گئی۔

بالیدگی تراش پر دروں رحمی جزیروں اور کثیف لیفی قالب میں مدفون دویروں کا ایک مثالی منظر دکھائی دیتا تھا۔ شکل ۳۰۲ (ب) میں چھوٹے چھوٹے دویرے عرضی تراش میں

509

شکل ۳۰۰ - دائیں شفرۂ کبیر کے دروں رحمی سلعہ (endometrioma) کی خردبینی تراش۔ یہ سلعہ ۴۲ سال کی ایک عورت سے علٰحدہ کیا گیا تھا جسے دو ولادتیں ہو چکی تھیں، اور یہ تین سال سے موجود تھا (جے۔ سٹیوارٹ ہنری۔)

دکھائی دیتے ہیں جن میں خون موجود ہے۔

حوضی دروں رحمی سلعات کے سریری خصائص۔ رحمی اور بروں رحمی دونوں قسم کی دروں رحمیت (انڈومیٹریوسس) کے اکثر و بیشتر اصابات زندگی کے فعال صنفی زمانہ میں اور

خاصکر تیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر میں پائے جاتے ہیں۔ ۱۱۵ اصابات کے ایک سلسلہ میں، جس کی اطلاع ایف سی کین (F. C. Keene) اور آر۔ اے۔ کمبرو (R. A. Kimbrough) نے دی ہے، سب سے کم عمر مریضہ بائیس سال کی تھی اور سب سے بڑی عمر کی ساٹھ سال کی۔ اس عارضہ کا ایک نمایاں خاصہ یہ ہے کہ اسکے ساتھ پیچیدگی پیدا کرنے والا مرض موجود ہوتا ہے۔ رحمی لیفی عضلی سلعہ اسکے ساتھ اکثر پایا جاتا ہے، اور

شکل ۱۰۳۔ ہیکل معہ غدہ کا تکبیر یافتہ منظر۔ سابقہ تصویر سے۔ (جے۔ سٹیوارٹ ہنری۔)

مذکورہ بالا سلسلہ کے ۵۵ء۴ فیصدی اصابات میں یہ موجود تھا۔ ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ کنگ (W. W. King) کے مطابق تمام اصابات میں سے ۲۱ تا ۳۹ء۷ فیصدی میں مزمن انبوبی التہاب، حوضی انضمامات، اور رحم کی منضم پس گردی اکثر پیچیدگیوں کے طور پر موجود ہوتے ہیں۔ غفنم عموماً ایک امتیازی خاصہ کے طور پر پایا جاتا ہے اور یہ سلعاتِ لیفیہ کی حالت کے

مقابلہ میں دوگنی کثرت سے دیکھنے میں آتا ہے، جس کی وجہ کسی حد تک یقیناً وہ ضررات بھی ہیں جو عام پیچیدگیوں کے طور پر موجود ہوتے ہیں۔ کین اور کمبرو کے کتخدا مریضوں میں سے ۹ء ۳۴ فیصدی عقیم تھے۔ رحمی درون رحمی سلعات (غدی عضلی سلعہ) کے ۶۰ فیصدی اصابات میں حیض افراط سے آتا ہے، لیکن جب بیرون رحمی درون رحمیت کے اصابات میں کثرتِ طمث واقع ہوتی ہے تو یہ درون رحمی سلعہ کی علامت ہونے کی بجائے پیچیدہ کرنے والے ضرر کی ایک علامت ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے شدید دردِ حیض عام طور پر موجود ہوتا ہے اور یہ ایک اہم تشخیصی علامت ہے۔ کین کے سلسلۂ اصابات میں ۶۰ فیصدی میں وجع الحیض کی شکایت موجود تھی، جو عام طور پر بیش حیضی تھی اور حیض آنے کے پہلے یا دوسرے دن تک رہتی تھی۔ اے۔ ڈانلڈ (A. Donald) نے اپنے ۷۰ فیصدی مریضوں میں دردِ حیض کی شکایت موجود پائی۔ جی۔ وی۔ سمتھ اور ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ کنگ دونوں نے حال ہی میں اسی قسم کے مشاہدات درج کئے ہیں۔ موخرالذکر نے یہ معلوم کیا ہے کہ درون رحمیت (endometriosis) کے، جس سے مستقیمی مہبلی فاصل ماؤف تھا، ۵۰ فیصدی اصابات میں دورانِ حیض میں معائے مستقیم کا درد نمایاں خاصہ تھا۔ بین حیضی درد (وجع بین الحیضین: "Mittelschmerz") بھی قلیل الوقوع نہیں ہے جبکہ ضررات سے مبیضین ماؤف ہوں۔ جماعِ مولم کی علامت بہت سے مریضوں میں پائی جاتی ہے، اور یہ خاص طور پر ان مریضوں میں موجود ہوتی ہے جن میں درون رحمی سلعہ ڈگلس کی جیب اور مستقیمی مہبلی فاصل پر اثرانداز ہو چکا ہو۔ ڈانلڈ نے جماعِ مولم کا اندراج چالیس اصابات کے ایک سلسلہ میں سے ۵۰ فیصدی میں ایک نمایاں علامت کے طور پر کیا ہے۔ اگر بہ حیثیت مجموعی دیکھا جائے تو حوضی درون رحمی سلعہ کے علامات کے اقسام اور مدارج میں ضرر کی تقسیم اور وسعت، منصلہ ساختوں کے متاثر ہونے، اور مزامن الوجود پیچیدگیوں کے لحاظ سے اختلاف پایا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل علامئیہ مثالی اصابہ کے نمونہ کے طور پر پیش کیا گیا ہے، اور اس سے تشخیص میں مدد مل سکتی ہے۔ (۱) عمر، پچیس سال اور سن انقطاع الطمث کے درمیان، (۲) عقم، مطلق یا اضافی، (۳) غیر طبعی فعلِ حیض، بالعموم کثرتِ طمث، (۴) وجع الحیض الکتسابی قسم کا، (۵) جماعِ مولم، (۶) عجزی دردِ کمر، اور (۷) معائے مستقیم یا مثانہ میں ایسا درد جو فعلِ حیض سے ایک نمایاں تعلق رکھتا ہے (کین اور کمبرو)۔

رحمی درون رحمی سلعات (اینڈومیٹریومیٹا) (ایڈینومائیوما یعنی غدی عضلی سلعہ)

510

سرسری طور پر نہ تو اکثر سلعاتِ لیفیہ سے تمیز کئے جا سکتے ہیں اور نہ تمام اصابات میں مزمن التہابِ الرحم ہے۔ جب کبھی مبینہ رحمی سلعہ لیفیہ کے ساتھ نہایت ہی شدید دردِ حیض موجود ہو تو غدی عضلی سلعہ کا

ب　　　　ا

شکل ۳۰۲۔ دیوارِ شکم کا دروں رحمی سلعہ (endometrioma) جو مبیض شگافی (ovariotomy) کے بعد ندبہ کے مقام پر پیدا ہوا تھا۔ پندرہ سال تک ایک جوف موجود رہا، اور اس میں سے خون آلود حیضی مواد نوبت سے آتا رہا۔ دیوارِ شکم پر بالیدہ کا جو منظر تھا وہ "ا" میں ظاہر کیا گیا ہے، اور "ب" میں اس کی تراش دکھائی گئی ہے۔ ان چھوٹے چھوٹے دویروں کو غور سے دیکھا جائے جن میں خون موجود ہے۔ (بیک وتھ وائٹ ہوس۔)

511

شبہ ہونا چاہئے۔ بہرحال رحمی غدی عضلی سلعہ کی موجودگی کا اول انکشاف اکثر اس وقت ہوتا ہے جبکہ کسی ایسے رحم کو جس میں مفروضہ دروں دیواری لیفی عضلی سلعہ موجود ہوتا ہے، استیصال کے بعد کاٹا جاتا ہے۔

بروں رحمی دروں حوضی دروں رحمی سلعات کی تشخیص اس اصول پر کرنی چاہیئے کہ کہفۂ حوض میں اور خاصکر رحمی ضمیمہ جات کے تعلق میں الیم اور کثیف طور پر منضم اور سخت اورام کی شناخت کیجائے۔ ڈگلس کی جیب میں باریطون سے منضم کر بیچوں کا جس براستہ مہبل کیاجاسکتا ہے، اور اگر یہ مذکورہ بالا علائمیہ کے ساتھ پائے جائیں تو تشخیص یقین کے ساتھ

ڈگلس کی جیب جو اوپر اٹھ گئی ہے
دیوار مہبل
موخر قبوہ

شکل ۳۰۴۔ مستقیمی مہبلی فاصل کاغذی عضلی سلعہ (ایڈینومائیوما) بالید کا حملہ عنق اور معائے مستقیم پر ہوگیا ہے اور رودہ کا درونہ تنگ ہوگیا ہے۔

کیجاسکتی ہے۔ مستقیمی تناسلی سلعات کو غلطی سے معائے مستقیم یا محراب مہبل کا سرطان سمجھنے کا احتمال ہے جبکہ موخر الذکر متقرح ہو۔ معائے مستقیم کے ماؤف ہونے کی حالت میں یہ معلوم کر لینا ضروری ہے کہ مستقیمی مخاطیہ کا منظر طبعی ہوتا ہے اور یہ ہرگز منضم نہیں ہوتا۔ تشخیص کرنے کا صرف یہی ایک یقینی طریقہ ہے کہ بافت کا ایک ٹکڑا قطع کرکے اس کا خردبینی امتحان کیاجائے۔ منتشر حوضی دروں رحمیت کو، جس کے ساتھ وسیع انضمامات اور اردگرد کا

تصلب بھی موجود ہوں، سرسری طور پر خراجِ حوض، مزمن انبوبی اجتماعِ ریم (pyosalpinx) اور حوضی قیلہ دمویہ (pelvic hæmatocele) کے ساتھ خلط ملط کیا جا چکا ہے۔ احتیاط سے سرسری روئداد حاصل کرنے اور تناسلی قنال کے نچلے حصہ میں کسی التہابی ضرر کے موجود نہ ہونے سے تشخیص میں غلطی نہ کرنے میں مدد ملتی ہے، گو یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ پیچیدہ کرنے والے ضررات کے اکثر موجود ہونے کی وجہ سے صحیح تشخیص کبھی کم آسان نہیں ہوتی۔

انذار۔ اغتشاث اور تنخر کا اندراج رحمی دروں رحمی سلعات کے اصابہ میں کبھی نہیں کیا گیا، اور یہ سلعات شاذ و نادر ہی خبیث بنتے ہیں۔ بہر حال اے۔ پی۔ تھامسن (A. P. Thomson) نے مہلک ریوی لحم سلعیت (pulmonary sarcomatosis) کے ایک اصابہ کا ذکر کیا ہے جس کو وہ ایک دروں رحمی سلعہ کے ہیکلی خلیات کی لحمی سلعی بعد تکوینیت (sarcomatous metaplasia) سے پیدا شدہ سروحات (metastases) سے منسوب کرتا ہے، اور یہ سلعہ ڈگلس کی جیب اور مستقیمی مہبلی فاصل پر اثر انداز تھا۔ سن انقطاعِ الطمث پر خود بخود سکڑ جانے اور کثرتِ طمث اور درد کے رفع ہو جانے کا جو رجحان سلعاتِ لیفیہ کی حالت میں پایا جاتا ہے، ویسا غدی عضلی سلعہ (ایڈینومائیوما) میں نہیں پایا جاتا، لہٰذا یہ تسلیم کرنا پڑے گا کہ غدی عضلی سلعہ کا انذار لیفی عضلی سلعہ کی نسبت زیادہ خراب ہوتا ہے۔

جرف (curettage) اور طبی علاج جن سے سلعاتِ لیفیہ کی حالت میں بعض اوقات فائدہ ہو جاتا ہے غدی عضلی سلعہ کے علامات کو شدید بنا دیتے ہیں۔ غدی عضلی سلعہ کی درریزشی خاصیت سے انذار بھی خطرناک ہو جاتا ہے۔

512

علاج۔ چھوٹے چھوٹے بے کیسہ کربچوں کا، جو قرن الرحم پر واقع ہوں، استیصال کرنے سے علامات رفع ہو جاتے ہیں، لیکن ان کا اتفاق بالکل نا ممکن ہے۔ دیوارِ رحم کا ایک فانہ نما حصہ الگ کر دینا چاہئے، جو اتنا چوڑا ہونا چاہئے کہ اس کے حدود منصلبہ بقعہ سے بالکل باہر ہوں۔ منتشر قسم کے لئے مکمل رحم برآری کے علاوہ اور کوئی عملیہ نہیں کیا جا سکتا۔

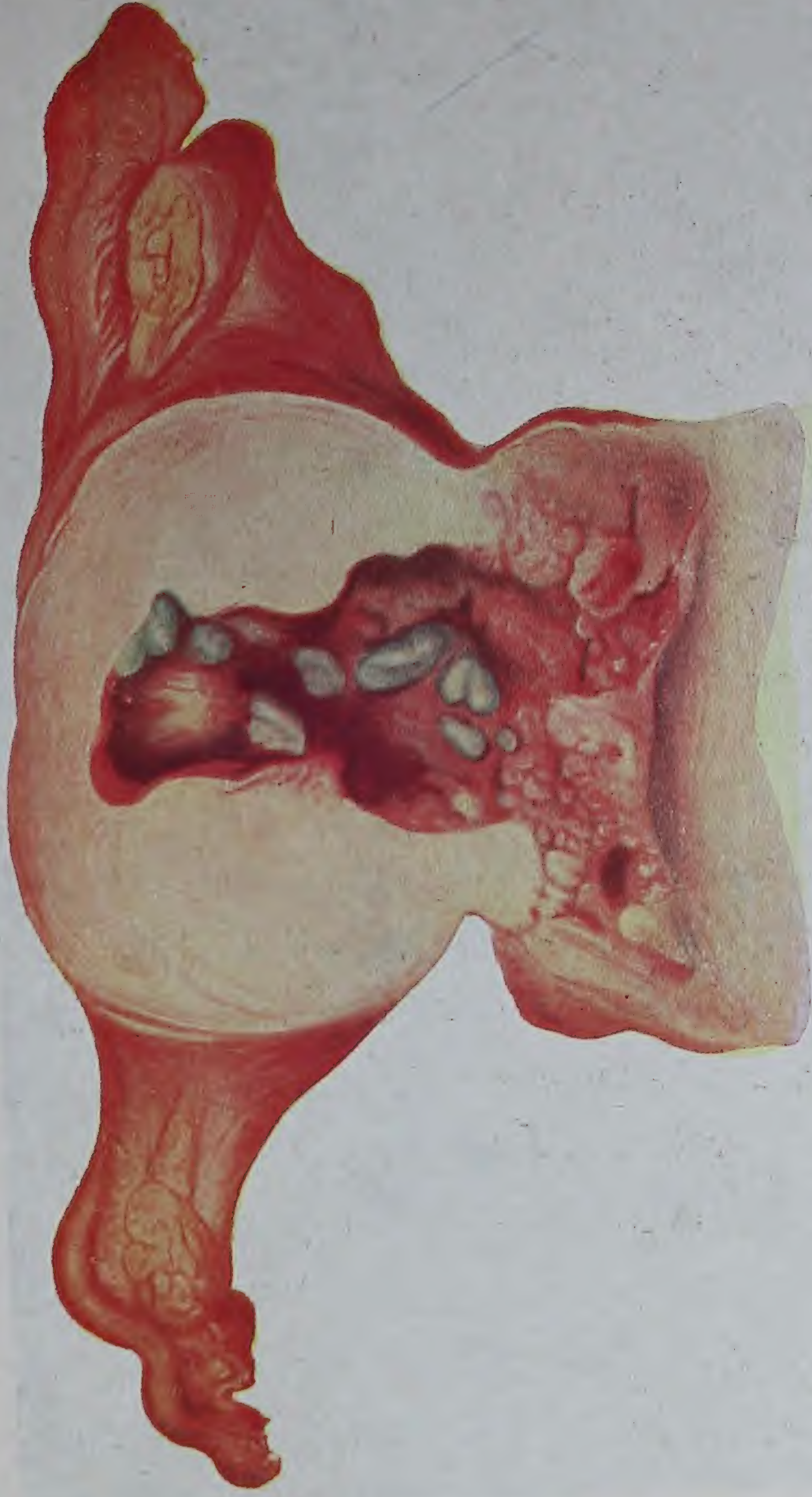
یہ ثابت کیا گیا ہے کہ مستقیمی تناسلی فضا میں واقع شدہ وسیع بالیدوں کو مکمل طور پر کاٹ کر الگ کر دینا یا ماؤف رودہ کا استیصال غیر ضروری ہے۔ ان بالیدوں سے رحمی نزف واقع نہیں ہوتا۔ عملیہ کے لئے جو حالت مقتضی ہوتی ہے وہ شدید درد اور حزمن معوی تسدد کے پیدا ہونے کا خطرہ ہے جو رودہ کے ضیق کی وجہ سے واقع ہوتا ہے۔ مزید برآں

مہبل میں تقرح واقع ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ جب خردبین سے اس امر کا ثبوت مل جائے کہ یہ سرطان کی نہیں بلکہ سلیم سرطلی حملہ کی حالت ہے تو بہترین تدبیر یہ ہوتی ہے کہ تمام رحم کو بالیدکے اتنے حصہ کے ساتھ الگ کردیا جائے جتنے کے ساتھ ممکن ہو، لیکن ممکن ہے کہ عملیہ کیلئے بہت ہوشیاری کی ضرورت ہو اور یہ کسی قدر خطرناک بھی ہو۔

جن اصابات میں طبیعی امارات کثیف گرد رحمی التہاب کے امارات کے مشابہ ہوں، اور جن میں عملیہ کے ذریعہ سے بالیدکو دور کرنا ناممکن ہو ان میں ریڈیم کی قلیل مقداروں کے باربار استعمال کرنے سے تصلب غائب ہوجاتا ہے، اور اس علاج کی آزمائش کرنا چاہئے۔

ریڈیم والی سوئیوں کو موخر مہبلی قبوہ میں سے متصلب تودہ میں داخل کرنے کیلئے قدرتی طور پر معتد بہ احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے ان کے رخ کو درست رکھا جاسکتا ہے۔

بادی النظر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ سنِ حال کی مزاولتِ فن میں ان وسیع عملیات کی بجائے، جو اول اول ایسے حوضی دروں رحمی سلعات (اینڈومیٹریوما) کے تدارک کے لئے پیش کئے جاتے تھے جن سے مستقیمی مہبلی فاصل ماؤف ہو، حفاظی علاج کی تائید کی جاتی ہے۔ چھوٹے چھوٹے بیضی کربیچوں کا استیصال اور ذرا ذرا سے باریطونی ضررات کا تکویہ کیا جاسکتا ہے۔ جس عمر میں یہ اصابات اکثر وبیشتر دیکھنے میں آتے ہیں اسکے مدنظر مبیض کے فعل کا برقرار رکھنا ایک ایسا امر ہے جو علاج پر لازمی طور پر اثرانداز ہوتا ہے۔ روکس (Roques)، ریڈ (Read)، کمبرو (Kimbrough)، کین (Keene) اور دیگر محققین نے اس امر کا اظہار کیا ہے کہ علامات کے عود کرنے کے خطرہ کی تلافی ضرر کے آہستہ آہستہ بڑھنے، عملیہ کے کم خطرناک ہونے، اور مبیضین اور رحم کی صیانت سے حاصل شدہ فوائد سے ہوجاتی ہے۔

صحفہ ۲۸

دروں عنقی سرطان (Endocervical Cancer) جو جسم رحم کے سرطان کے ساتھ پایا گیا ہے۔ عنق ایک خستہ متنخر بالید کی وجہ سے پھیلی ہوئی ہے جو رحم کی سرطانی حالت کے ساتھ، جس سے دیوار ہائے رحم کا بیشتر حصہ ماؤف ہے مسلسل ہے۔ بالید کے تنخر یافتہ ٹکڑے کہفۂ رحم میں موجود ہیں۔

مقابل صفحہ 513

رحم کی خبیث بالیدیں

(ا) برناہضی (EPIBLASTIC) { (ا) سرطانی سلعہ { عنقی / جسمی
(ب) سلوی سرطانی سلعہ }

(ب) میاں ناہضی (MESOBLASTIC)-(ا) لحمی سلعہ (SARCOMA) بشمول درحلمی سلعہ (ENDOTHELIOMA) وگردحلمی سلعہ (PERITHELIOMA)-

رحم کا سرطانی سلعہ

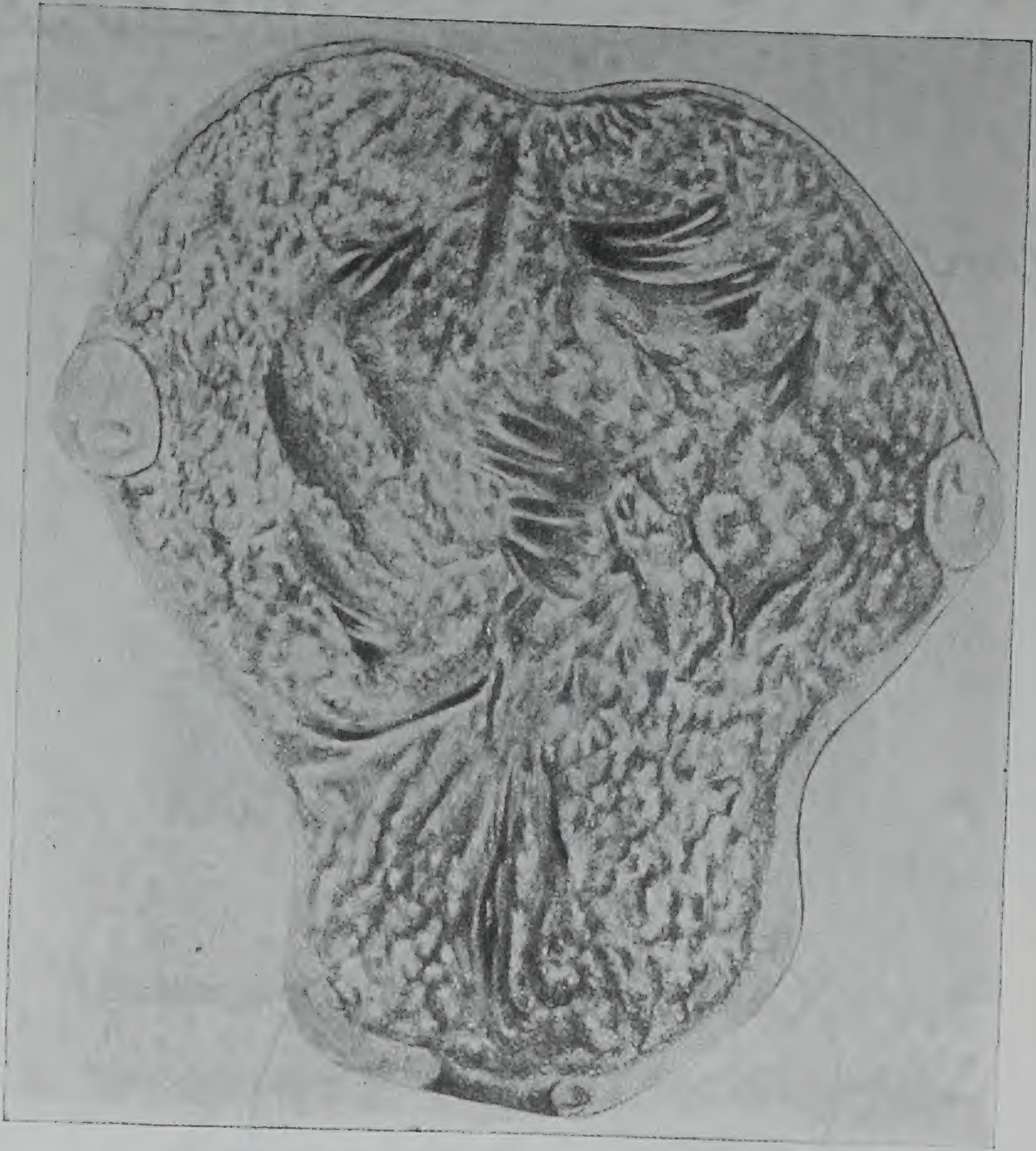
سرطان کے علاوہ باقی تمام خبیث بالیدیں بہ حیثیت مجموعی جس کثرت سے رحم میں واقع ہوتی ہیں اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ سرطانِ رحم واقع ہوتا ہے۔ عورت میں دو اعضا ایسے ہیں جن میں سرطان کی قبولیت کے لئے دیگر اعضا کے مقابلہ میں زیادہ استعداد پائی جاتی ہے، یعنی پستان اور رحم۔ اور ان میں سرطان کے وقوع کا امکان تقریباً مساوی ہے۔ بڑی بڑی سریریات گاہوں میں سرطان کے اعداد و شمار کا مطالعہ کرنے سے یہ معلوم ہوا ہے کہ سرطان زدہ عورتوں میں جو عضو ابتداءً ماؤف ہوا تھا وہ تمام اصابات میں سے ۳۰ فیصدی میں رحم تھا (ویلچ :Welch، اور تھ :Orth)-

ضربہ (traumatism) اور مزمن خراش مثلاً طویل المدت التہاب عام طور پر سرطان کے اسباب معدہ تسلیم کئے گئے ہیں۔ پستان اور رحم دونوں خاص طور پر معرض التضرر میں رہتے ہیں، قبل الذکر اپنے منکشف محل وقوع کی وجہ سے اور موخر الذکر بچہ جننے کی وجہ سے۔ مزید برآں یہ دونوں اعضا مزمن التہابی اعمال کا محل بھی ہیں۔ سرطان کا ایک اور سبب معدہ سن رسیدگی (senescence) یا بافتوں کے پیرانہ تغیرات ہیں۔ صنفی فعالیت کا

زمانہ گذر رہے ہیں' اور عمر کے اس زمانہ سے بہت پہلے جبکہ جسم کی عمومی ساختوں میں پیرانہ تغیرات

شکل ۳۰۴۔ رحم کی عمومی سرطانیت (General Carcinomatosis)۔ جسم اور عنق میں تمیز نہیں کی جاسکتی۔ کہفۂ رحم خون سے متسع ہے (رحمی اجتماع الدم (haematometra۔

رونما ہوتے ہیں' اور اعضا میں ایسے تغیرات شروع ہوجاتے ہیں۔
سرطان یا تو عنق رحم پر حملہ آور ہوتا ہے اور یا جسم رحم پر۔ شاذ شاذ مثالوں میں یہ

دونوں حصے بھی ماؤف پائے جاتے ہیں جیسا کہ صفحہ ۲۸ اور شکل ۳۰۴ اور ۳۰۵ میں دکھایا گیا ہے۔ سرطان کا حملہ عنق رحم پر جسم رحم کی نسبت زیادہ کثرت سے ہوتا ہے، لیکن ان دونوں کے صحیح صحیح اضافی تواتر کا معلوم کرنا مشکل ہے۔ امتحان بعد الموت کے اعداد و شمار کا

شکل ۳۰۵ ۔ رحم کے جسم اور اسکی عنق کی عمومی سرطانیت (General Carcinomatosis) - رحم میں اس کی مقدم دیوار میں سے شگاف دیا گیا ہے۔

مطالعہ کرنے سے یہ معلوم ہوگا کہ سرطانِ رحم کے اصابات میں سے ۹۵ فیصدی سرطانِ عنق کے اصابات ہوتے ہیں، اور ۵ فیصدی جسمِ رحم کے سرطان کے، لیکن سریری اعداد و شمار سے سرطانِ جسم کا تناسب اس سے زیادہ معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ ولسن (Wilson) نے سرطانِ رحم کے ۵۹۶ متوالی

اصابات کے ایک سلسلہ کا اندراج کیا ہے جن کا مشاہدہ اس نے برمنگھم میں کیا ہے، اور ان میں سے ۲۵ء۱۱ فیصدی میں مرض کا ابتدائی مقام جسم رحم معلوم ہوتا تھا۔ بہر کیف تمام اصابات میں یہ معلوم کرنا ناممکن ہے کہ مرض پہلے رحم کے کس حصہ میں نمودار ہوا۔

عنق اور جسم رحم کے سرطانات میں اتنے تشریحی اور سریری اختلافات پائے جاتے ہیں کہ ان پر علٰحدہ علٰحدہ بحث کرنے کی ضرورت ہے۔

سرطانِ عنق

امراضیاتی تشریح۔ عنق میں سرطان دو مختلف مقامات میں نمودار ہو سکتا ہے۔

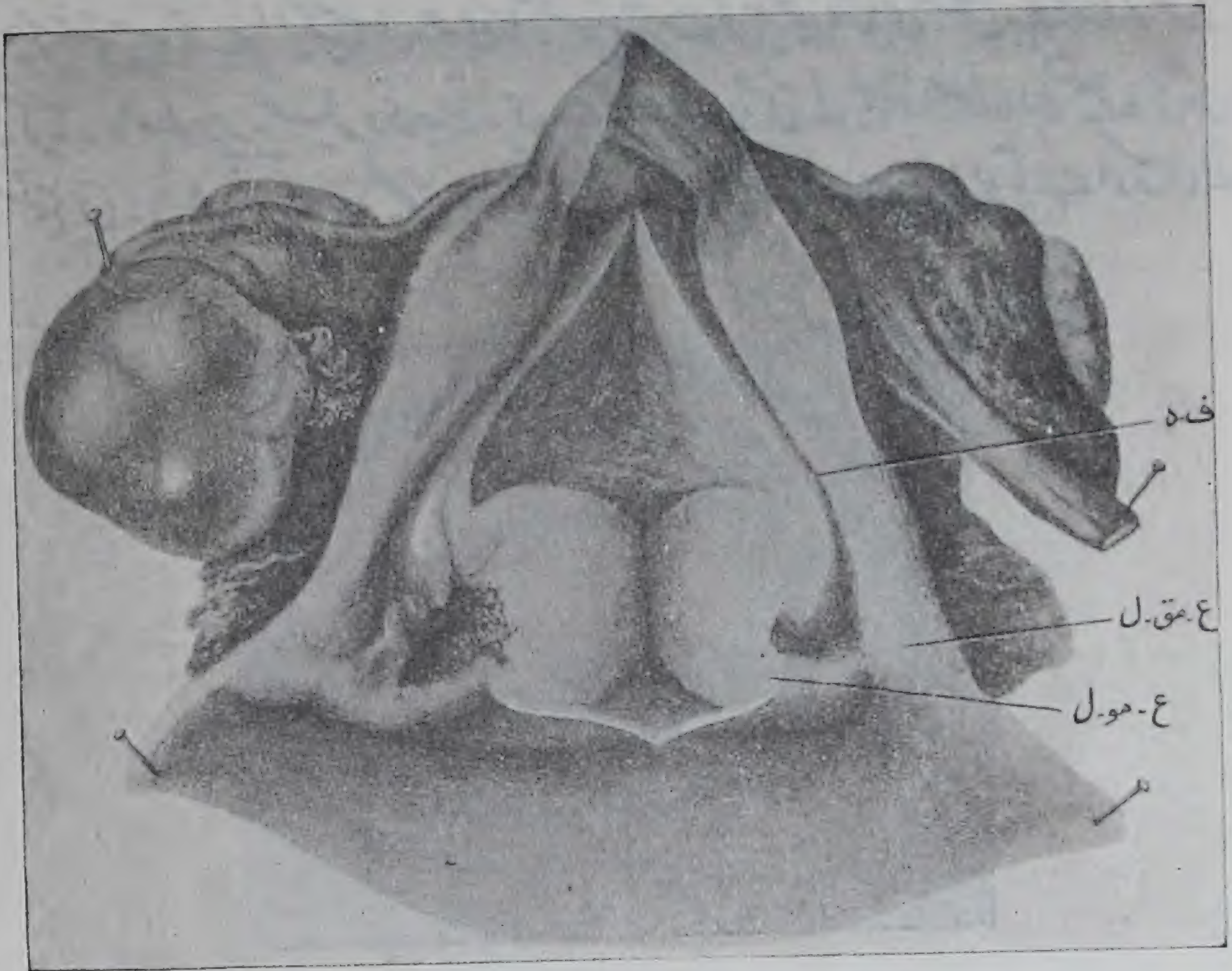
شکل ۳۰۶۔ دروں عنقی سرطان (Endocervical Cancer) کے ایک اصابہ میں رحم اور مہبل کے ایک حصہ کا (جس سے عنق پوشیدہ ہے) خاکہ (اصل نمونہ کے برابر)۔ رحم ورتہائیم کی کلی رحم برآری سے علٰحدہ کیا گیا ہے۔ اس اصابہ کی عنق اگلی تصویروں ۳۰۷ اور ۳۰۸ میں دکھائی گئی ہے۔ کلانی یافتہ عنق کی بیپا نما شکل کو دیکھا جائے۔

(ب)۔(عنقی سرطان) (portio vaginalis) کے سرحلمہ کی گہری تہوں سے (ا) مہبلی حصہ
(endocervical عنقی دروں رحمہ میں یا قنالِ عنق کے مخاطی غشائی استر میں (دروں عنقی سرطان
cancer:۔ بعض ماہرین امراضیات کا یہ خیال ہے کہ یہ اس سرحلمہ میں پیدا ہو سکتا ہے جو جنینی
آثار سے مشتق ہوتا ہے، لیکن اس دعوی کا صحیح ثابت کرنا بھی اتنا ہی مشکل ہے جتنا کہ غلط
ثابت کرنا۔ عام طور پر یہ تعلیم دی جاتی رہی ہے کہ سرطانِ عنق کی بلحاظ اصول دو قسمیں تمیز
516 کی جا سکتی ہیں۔ (ا) سرطانِ عنق جو حصۂ مہبلی کے فلسمائی سرحلمہ سے پیدا ہوتا ہے اور اس لئے

ب

شکل ۳۰۷۔ عنق کا مہبلی رُخ، دروں عنقی سرطان (Endocervical Cancer)
کے ایک اصابہ میں، جسے تصویر ۳.۶ اور ۳۰۸ میں دکھایا گیا ہے۔ ایک پرانی دریدگی
موجود ہے، لیکن مہبلی سطح علی حالہٖ ہے، اور خبیثہ بالیدسے ماؤف نہیں ہے
(دیکھو شکل ۳۰۸)۔

فلسمائی خلیہ دار سرطان (squamous celled cancer) کہلاتا ہے، اور (ب)
دروں عنقی سرطان جو عنقی دروں رحمہ کے ستونی سرحلمہ میں پیدا ہوتا ہے، اور اس لئے
غدی سرطانی سلعہ (adeno-carcinoma) ہوتا ہے۔ مگر سرطاناتِ عنق کے ایک بڑے
سلسلہ کا باحتیاط امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ سادہ تقسیم صحیح نہیں۔ اور یہ ایک

حقیقت ہے کہ خالی آنکھ سے یا نسیجیاتی امتحان کرنے سے یہ فیصلہ کرنا ناممکن ہے کہ آیا سرطان
حصۂ مہبلی کے فلسانی مرحلہ میں شروع ہوا یا عنقی دروں رحمہ کے ستونی مرحلہ میں۔ سرطانِ عنق کے

شکل ۳۰۸ - دروں عنقی سرطان (Endocervical Cancer)۔ یہ نمونہ یہ
دکھانے کے لئے ہے کہ بالید عنقی دروں رحمہ سے پیدا ہوئی ہے اور اس مرحلہ سے
پیدا نہیں ہوئی جو عنق کے حصۂ مہبلی کو پوشیدہ کرتا ہے، سامنے سے شگاف دیکر
کھول دیا گیا ہے (دیکھو شکل ۳۰۷)۔ ف د ۔ فم داخلی ۔ ع مق ل ۔
عنق کا مقدم لب ۔ ع مو ل ۔ عنق کا موخر لب ۔ ان دونوں نقاط کے درمیان
قنالِ عنق واقع ہے جس میں دائیں جانب پر ایک متقرح رقبہ موجود ہے جو اس خبیث
بالید کا نقطۂ ابتدا ہے (دیکھو شکل ۳۱۰ و ۳۱۳ و ۳۱۴)۔

اصابات میں سرطان کا مبدا معلوم کرنے میں جو ناکامی ہوتی ہے اسکی وجہ یہ ہے کہ عنق کے مرحلہ میں

بعد تکوین (میٹاپلیزیا) سے متغیر ہو جانے کا نمایاں میلان پایا جاتا ہے۔ ستونی سرحلمہ میں اس تغیر کے وقوع کا بہت امکان ہوتا ہے، اور یہ نہ صرف انہی خلیات میں رونما ہوتا ہے جو پہلے ہی سے سرطان زدہ ہوتے ہیں بلکہ یہ اس درجہ میں بھی پایا جاتا ہے جسے پیش سرطانی درجہ کہا جا سکتا ہے۔

شکل ۳۰۹۔ خرد عکسی تصویر (فوٹومائیکروگراف) ادنیٰ طاقت سے جس میں عنق کی بیاضی سطحیت (لیوکوپلیکیا) کے ایک قطعہ کے کنارے کو ظاہر کیا گیا ہے۔ اس قطعہ کے کنارے پر طبعی حالت کی طرف فوری تبدیلی اور نیز تہ ترکیبی خلیات کی بے قاعدہ ساخت اور ان کی ترتیب دکھائی دیتی ہے (سٹریکین)۔

عنق کی نازلت اور دروں عنقی التہاب کی حالتوں میں، خواہ ان میں عنقی غشائے مخاطی کا شتر خارجی (ectropion) موجود ہو یا نہ ہو، ستونی سرحلمہ بعض اوقات فلسانی سرحلمہ کے خصائص اختیار کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ اسی طرح فلسانی خلیہ دار سرطان بعض اوقات دروں لارحمہ کے

ستونی خلیات سے اور نیز عنق کے حصۂ مہبلی کی سرحلمی پوشش سے پیدا ہوتا ہُوا نظر آتا ہے۔ عنق کے تقریباً تمام سرطانی سلعات فلسانی خلیہ دار قسم کے ہوتے ہیں۔ سٹرایکین[1] (Strachan) نے حال ہی میں اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ تناسلی خطہ کے تمام سرحلمہ کا مشترک مبدا اسیلومی سرحلمہ ہوتا ہے، اور نوویک نے یہ ثابت کیا ہے کہ اس خطہ میں سرحلمی بعد تکوین کا وقوع اس سے زیادہ کثرت سے ہوتا ہے جتنا کہ عام طور پر فرض کیا گیا ہے۔

518 دروں عنقی سرحلمہ سے پیدا شدہ مخاطی سعدانوں (جو عموماً النہابی الاصل ہوتے ہیں) پر کے سرحلمہ میں اکثر برزخی تغیرات دکھائی دیتے ہیں۔ اس قسم کے بعد تکوینی تغیرات کو فلوہمین (Fluhmann) نے "تکوین برادمیت" ("epidermidalization") کی اصطلاح سے تعبیر کیا ہے۔

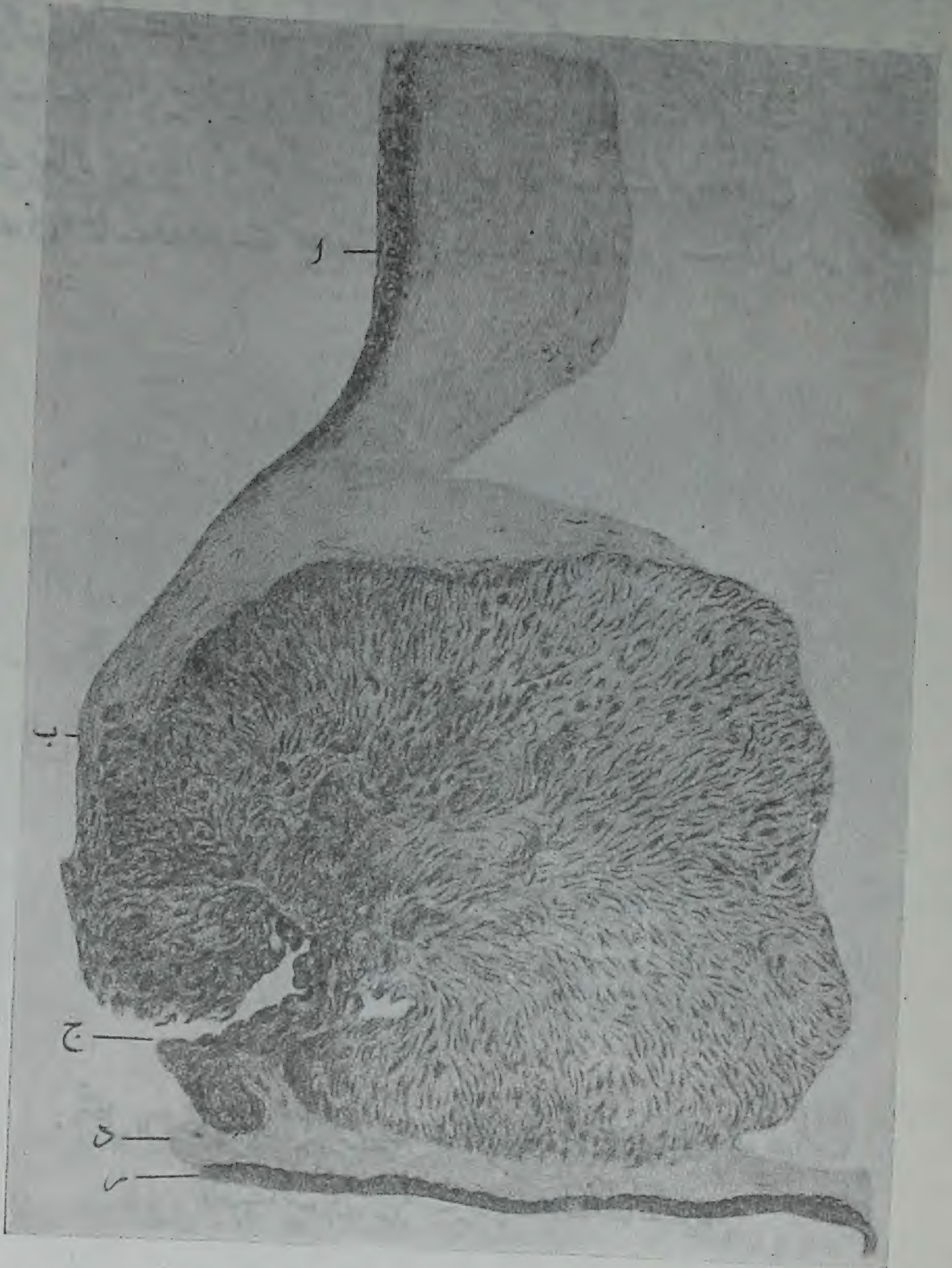
ہیمبرگ کے ہنسل مین[2] (Hinselmann) نے عنق کی "بیاضی سطحیت" ("leucoplakia") کی اصطلاح کے تحت، عنقِ رحم کی پیش سرطانی حالتوں کی امراضیات میں جو خلوی بعد تکوین (cell metaplasia) کے موضوع سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہے، ایک اہم اضافہ کیا ہے۔ مہبل بین (colposcope) کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے، جو ایک ایسا آلہ ہے جس سے عنقی بافتوں کا پندرہ گنا تک کی تکبیر پر راست دوچشمی مشاہدہ کیا جاسکتا ہے، ہنسل مین نے یہ بیان کیا ہے کہ فم خارجی کے گرد بیاضی سطحیتی رقعات (leucoplakic plaques) موجود ہوتے ہیں جو خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتے۔

سٹرایکین نے اس ملک میں اس موضوع کا مطالعہ کیا ہے۔ اس کا یہ بیان ہے کہ ان بیاضی سطحیتی رقعات کے خردبینی امتحان سے دو امتیازی خصائص ظاہر ہوتے ہیں۔ (۱) تغیرات تکاثری ہوتے ہیں اور رتاقب نہیں ہوتے، اور (۲) طبعی سے امراضیاتی حالت کی طرف تبدیلی فوری ہوتی ہے (دیکھو شکل ۳۰۹)۔

خلیات قریبی طور پر ٹھنسے ہوتے ہیں اور ان کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے، اور ان کو

---

[1] See Strachan, G. I.: *Journ. Obstetrics and Gyn. Brit. Emp.*, vol. 40, No. 3, 1933, pp. 460 *et seq.*

[2] *See* Hinselmann, *Zentralb. f. Gynäkol*, 1927, ii, 901.

شکل ۳۱۰ ۔ یہ بھی تراش اس نمونہ کی ہے جو شکل ۳۰۰ میں دکھایا گیا ہے (× ۴) ۔ یہ ایک فلسمانی خلیہ دار سرطان (squamous-celled cancer) کو ظاہر کرتی ہے جسکی ابتدا دروں عنقی دروں رحمہ میں ہوئی ہے ۔ ا جسمی دروں رحمہ ۔ ب ، عنقی دروں رحمہ ۔ ج ، عنقی دروں رحمہ کا خبیث تقرح ۔ د ، عنق کی لیفی عضلی بافت جو بالید سے غیر متاثر ہے ۔ ہ ، عنق کے حصۂ مہبلی کی تندرست سطح ۔ بالید کے خردبینی خصائص شکل ۳۱۳ و ۳۱۴ میں دکھائے گئے ہیں ۔

519

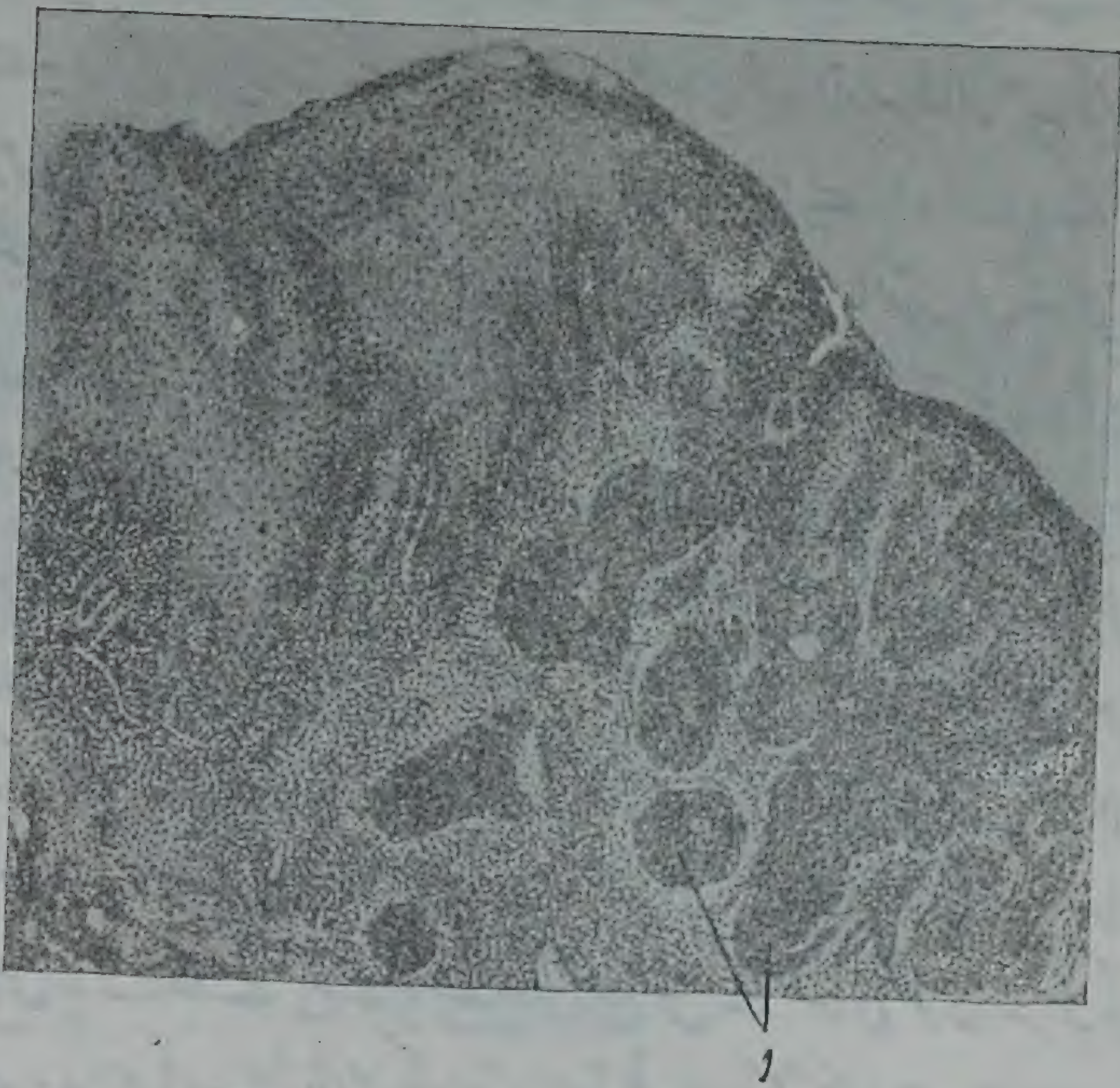
قاعدی، مالپیگی (Malpighian) اور چپٹی سطحی تہوں میں باقاعدہ طور پر تمیز نہیں کیا جاسکتا ہے۔ ہیکل میں انگشت نما زائدے کم وبیش گہرائیوں تک گھس جاتے ہیں، اور فلسمانی سرحلمی نہ معمولی حالت کے مقابلہ میں زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ خلیات اور نواتات کا تو شیہ طبعی فلسمانی خلیات کے مقابلہ میں زیادہ گہرا ہوتا ہے، لیکن جو خلیات سب سے گہرے واقع ہوتے ہیں وہ قاعدی غشا کے حدود سے متجاوز نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے یہ سرطانی سلعہ کے خلیات سے

شکل ۳۱۱۔ عنق رحم کی مہبلی سطح میں سے انتصابی تراش جس میں سطحی سرحلمہ کے انگشت دار زائدے ماتحت لیفی عضلی بافت میں جاتے ہوئے دکھائے گئے ہیں۔

مختلف ہوتے ہیں، لیکن ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بیاضی سطحیت ایک طرف عنقی تاکل اور دوسری طرف سرطانی سلعہ کے درمیان کی کڑی ہے۔

فلسمانی خلیہ دار سرطان (Squamous-celled Cancer)۔ مذکورہ بالا بیان سے یہ ظاہر ہے کہ یہ قسم یا تو حصۂ مہبلی سے پیدا ہوسکتی ہے (عنقی سرطان) یا عنق کے دروں رحمہ سے (دروں عنقی سرطان) (دیکھو شکل ۳۱۰)۔ فلسمانی سرحلمہ سے

پیدا ہونے والی بالیدگی ابتدا گہری تہوں میں ہوتی ہے، جن میں متکاثر خلیات سے غنچے اور ٹھوس زائدے بن جاتے ہیں جو ماتحت یعنی عضلی بافتوں میں گھس جاتے ہیں۔ اس اثنا میں جبکہ زیر بالیدگی جاری ہوتی ہے سطحی تہوں کے خلیات جھڑ جاتے ہیں، اور اس لئے زیر بال سرحلمی زائدوں کے درمیان کا سطحی سرحلمہ پتلا ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی یہ غائب بھی ہو جاتا ہے۔ بالیدگی کی رفتار

520

شکل ۳۱۲۔ عنق کا فلسانی خلیہ دار سرطان (Squamous-celled Cancer)۔
علید الولادت۔ عمر ۲۷ سال۔ یہ تراش بالیدہ کے کنارے پہ سے لی گئی ہے۔ اوپر دو سرحلمی زائدے دکھائی دیتے ہیں جن میں سے ایک کی تراش عرضی ہے اور ایک سطح تک جا رہا ہے۔

کا اندازہ حملہ آور ٹھوس زائدوں کے خردبینی منظر سے کیا جاتا ہے، یعنی بالیدگی جتنی زیادہ تیز ہوگی، سرطانی تودے اتنے ہی زیادہ بڑے اور موٹے ہونگے، اور اتصالی بافت کے ڈھانچ میں اتنی ہی زیادہ تخفیف ہو جائے گی۔

فلسمانی خلیہ دار سرطان کا خردبینی منظر۔ امتیازی منظر صرف بالید کے بڑھتے ہوئے کنارے پر ہی پایا جاتا ہے' اور تشخیص کے لئے تراشیں ہمیشہ اسی حصہ سے لینی چاہئیں۔ اس امر کی طرف اشارہ کیا جاچکا ہے کہ عنق کی بیاضی سطحیت میں مطبق سرحلمی غلاف کے گہرے خلیات سے اُبھلے انگشت دار زائدے نکل کر ماتحت اتصالی بافت کی تہوں میں گھس جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۱)۔ یہ زائدے مستعرض تراش میں کٹ کر خردبین میں سرحلمی خلیات کے جزیروں کی طرح دکھائی دیتے ہیں۔ ان کے خصوصیات یکساں ہوتے ہیں اور یہ اتصالی بافت سے محصور ہوتے ہیں جس سے یہ واضح طور پر تمیز کئے جاسکتے ہیں۔ فلسمانی خلیہ دار سرطان میں نو بالید بڑی بڑی شاخدار ٹھوس سرحلمی شاخوں کے پیدا ہونے سے بنتی ہے جو ایسے زائدوں پر کے خلیات کی تہوں سے نکلتی ہیں (دیکھو شکل ۳۱۲)۔ یہ شاخیں تندرست بافتوں میں گہری چلی جاتی ہیں۔ اور جوں جوں یہ آگے بڑھتی جاتی ہیں ان کو تباہ کرتی جاتی ہیں۔ مستعرض تراش میں یہ مختلف شکل اور جسامت کے سرحلمی تودوں کی سی دکھائی دیتی ہیں جو ایک واضح التحدود لیفی عضلی ہیکل سے کم و بیش نمایاں طور پر محدود ہوتے ہیں' اور یہ ہیکل دیوار عنق کی طبعی بافتوں کو ظاہر کرتا ہے۔ ان تودوں میں خلیات کی محیطی تہ مکعبی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۳۱۴)' اور مرکز کی طرف کو خلیات زیادہ بے قاعدہ ہوتے جاتے ہیں اور ان کا رجحان کثیر الاضلاع بننے کی طرف ہوتا جاتا ہے۔ شوکی (spinous) یا "خاردار" خلیے ("prickle" cells) عام طور پر نہیں پائے جاتے' کیونکہ بالید یا تو مہبلی عنق کے فلسمانی خلوی سرحلمہ کی قاعدی خلوی تہ سے پیدا ہوتی ہے' یا اس کی ابتدا ان "فلسمان نما" خلیات ("squamoid" cells) سے ہوتی ہے جو دروں عنقی سرحلمہ کی بعد تکوین سے حاصل ہوتے ہیں۔ اسی بنا پر اس خیال کو تسلیم کرنے سے انکار کر دیا گیا ہے کہ عنقی سرطان اکثر و بیشتر "فلسمانی" اصل سے ہوتا ہے۔ ہماری رائے میں اس امر کی شناخت سے کہ بیاضی سطحیت پیش سرطانی حالت ہے جو سرطان سے عین پہلے موجود ہوتی ہے' عملی طور پر (جیسا کہ سٹریکین کہتا ہے) یہ تصفیہ ہوجاتا ہے کہ یہ سرطان فلسمانی اصل سے ہوتا ہے۔ [اس موضوع کی مزید بحث کیلئے مطالعہ کنندہ کو اِسی جی۔ آئی۔ سٹریکین کا مقالہ' اور ولفرڈ شا اور ایف۔ جے براؤن (F. J. Browne) اور دوسروں کی خط و کتابت' لانسٹ ۱۹۳۱ء صفحات ۱۱۵۷ و ۱۲۱۰ دیکھنا چاہیے]۔

521

نسیجیاتی ساخت کے لحاظ سے سرطانی سلعات کی جماعت بندی کرنے کی کوششیں شوٹ لینڈر (Schottlaender) اور کرمانر[1] (Kermauner) اور مارٹزلاف[2] (Martzloff) نے کی ہیں۔ آر۔ جی۔ میلیفنٹ (R. G. Maliphant) نے حال ہی میں

شکل ۳۱۲ - اس بالید کی تراش جو شکل ۳۱۰ میں دکھائی گئی ہے۔ یہ تراش شکل ۳۱۰ کے مقام ج پر سے لی گئی ہے، یعنی قنال عنق کے منفرج رقبہ کے آزاد کنارے پر سے۔ یہ بالید ٹھوس گرز نما شاخدار زائدوں سے مرکب ہے۔

سرطانِ رحم کے ۲۳۶ اصابات کا مطالعہ کرنے میں مارٹزلاف کی جماعت بندی اختیار کی ہے،

[1] "Zur Kenntniss des Uterokarzinoms" Berlin: S. Karger, 1912.

[2] *Bull. Johns Hospkins Hosp.*, 1923, xxxiv. 141, 184.

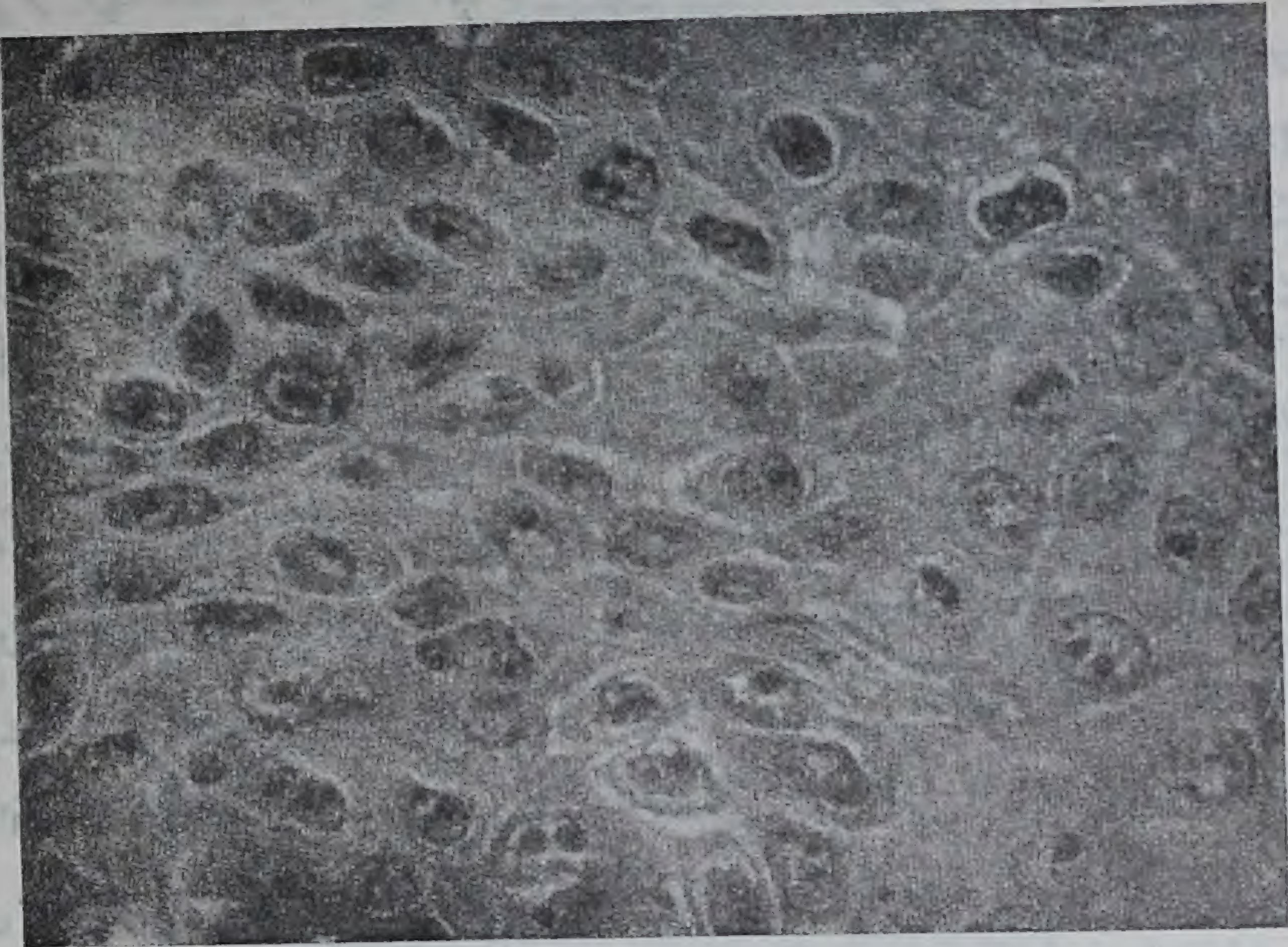
اور اس نوساخت کو عدم تمیز (de-differentiation) یا قہقری تکوین (anaplasia) کے نمایاں درجہ کے لحاظ سے تین قسموں میں تقسیم کیا ہے' یعنی شوکی (Spinal) ' برزخی (Transitional) ' اور دوکی خلیہ دار سرطانات۔

522 میلیفنٹ کے مطابق شوکی سرطانی خلیات اپنی نوع میں طبعی مطبق عنقی سرحلمہ کے

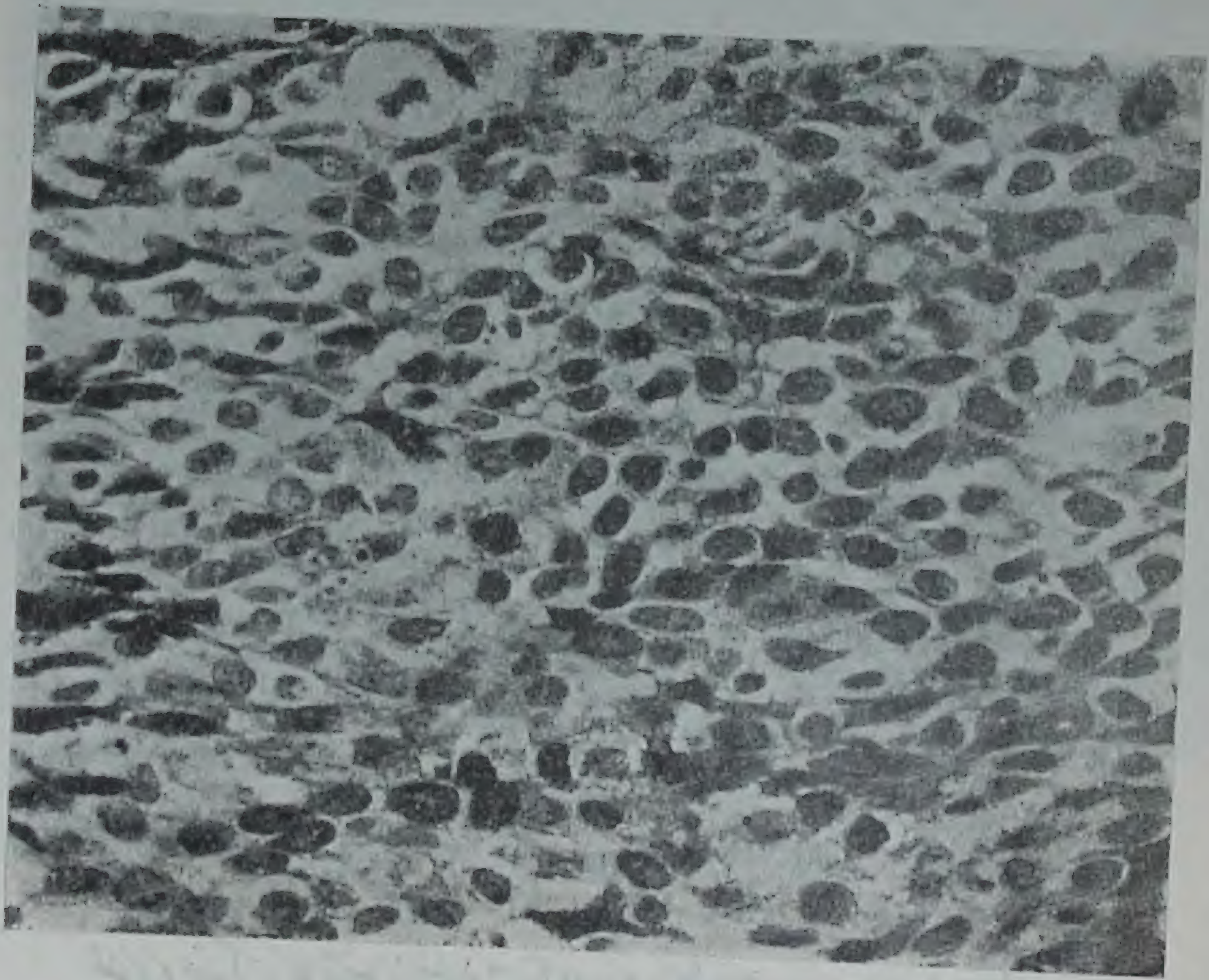
شکل ۳۱۴ ۔ شکل ۳۱۳ میں جو تراشہ دکھائی گئی ہے اس کا منظر اعلیٰ طاقت سے (۲۷۸ ×) ۔ اس میں خبیث خلیات کی فلسمانی نوعیت اور عنقی دروں رحمہ کے ستونی سرحلمہ سے انکی ابتداد دکھائی دیتی ہے۔

سطحی منطقہ کے مشابہ ہوتے ہیں۔ خلیات اپنی نوعیت کے لحاظ سے مکمل طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں اور ان کے نوایات عظیم الجسامت ہوتے ہیں اور ان کا خلیہ مایہ کثیر المقدار ہوتا ہے۔ انکی شکل کثیر السطوح ہوتی ہے اور یہ طبعی سرحلمہ کے "خاردار خلیات" ("prickle-cells") کے

مماثلات ہیں۔ برزخی سرطانی خلیہ (دیکھو شکل ۳۱۶) میں تھوڑا سا خلیہ مایہ ہوتا ہے، اور اسکے
نواتات کا نوشیہ ہیموٹاکسیلین سے گہرا ہوتا ہے۔ اس کی شکل عموماً گول ہوتی ہے، اور
اس میں "فلسمانی" صفات بہت ہی کم ہوتے ہیں یا غائب بھی ہوتے ہیں۔ یہ خلیات مطبق
عنقی سرحلمہ کی وسطی تہوں کے مشابہ ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۷)۔ دوکی سرطانی خلیات
(دیکھو شکل ۳۱۸، ا اور ب) چھوٹے چھوٹے اور دوکی الشکل ہوتے ہیں۔ ان کے
نواتات کا نوشیہ گہرا ہوتا ہے، اور ان کا منظر لحمی سلعہ کے کسی قدر مشابہ ہوتا ہے۔
یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ "دوکی خلیہ دار" سرطانات ("spindle-cell" cancers)
عنقی سرحلمہ کی قاعدی تہوں سے پیدا ہوتے ہیں، لیکن چونکہ خبیث خلیات میں بعد تکوینی
میلانات کے ظاہر ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے اس لئے اس نظریہ کو قطعی طور پر ثابت
شدہ تصور نہیں کیا جا سکتا۔ جراحی استیصال کے نتائج کا رجحان یہ ثابت کرنے کی طرف
ہے کہ ان تینوں گروہوں میں سے شوکی خلیہ دار بالیدیں سب سے کم خبیث ہوتی ہیں
اور دوکی خلیہ دار سلعات سب سے زیادہ خبیث ہوتے ہیں۔ خلوی تودوں کے مرکزی حصوں میں گاہے گاہے چھوٹے خلیوں کے
چھوٹے چھوٹے رقبہ جات دکھائی دیتے ہیں جو بلحاظ ترتیب ہم مرکز ہوتے ہیں۔ یہ سرحلمی موتیوں (epithelial
pearls) کے نام سے موسوم ہیں، لیکن یہ تغیر عنق کے فلسمانی خلیہ دار سرطانی سلعات
میں بہت کم پایا جاتا ہے کیونکہ "کیراٹینی" تہ طبعی حالت میں بہت کم نمو یافتہ ہوتی ہے۔
اسکی بجائے سرطانی رقبہ کے مرکزی خلیات نرم اور انحطاط یافتہ ہو کر سیال اور نیم سیال
رقبوں میں تبدیل ہو جاتے ہیں جن میں آزاد نواتات اور خلیات ابیض دکھائی دیتے ہیں
مگر سرطانی خلیات نظر نہیں آتے۔ اس ذوبانی تنخر (colliquative necrosis) سے
غدہ نما فضائیں پیدا ہو جاتی ہیں جن کا استر سرحلمہ کی بہت سی تہوں سے بنا ہوتا ہے۔ جن خلیات
سے ایسی فضاؤں کا استر بنتا ہے ان میں فلسمانی صفات ہمیشہ برقرار رہتے ہیں، اور اگرچہ
ایسی حالت سطحی طور پر غدی سرطانی سلعہ (adeno-carcinoma) کے مشابہ ہوتی ہے
لیکن اسے غدی سرطانی سلعہ تصور نہ کرنا چاہیے۔
سرطانی رقبہ جات کے ارد گرد ہیکل میں اکثر گول خلیوں کی دررریزش اور تہیج پایا جاتا
ہے، اور سرطانی خلیے اتصالی بافت میں داخل ہوتے ہوئے یا اس پر حملہ آور ہوتے ہوئے
دکھائی دیتے ہیں۔ بالید کے زیادہ مترقی حصوں میں لیفی عضلی ہیکل نظر نہیں آتا۔ سرطانی خلیات

زیادہ وسیع طور پر منتشر ہوتے ہیں اور اردگرد کی بافتوں میں گھسے ہوئے ہوتے ہیں اور جوں جوں یہ آگے بڑھتے ہیں یہ ان بافتوں کو تباہ کرتے جاتے ہیں، اور اس لئے بالید کے بڑے بڑے رقبہ جات میں سرطانی خلیات کے تودوں کے علاوہ اور کچھ نہیں ہوتا۔ سلعہ کے ان حصوں کا میلان تقرح کی طرف ہوتا ہے، اور اس حالت میں اس کے امتیازی

شکل ۳۱۵ ۔شوکی سرطانی خلیات (Spinal Cancer Cells)
عنقِ رحم کے فلسمانی خلیہ دار سرطانی سلعہ (Squamous-celled
Carcinoma) سے (میلیفنٹ : Maliphant)۔

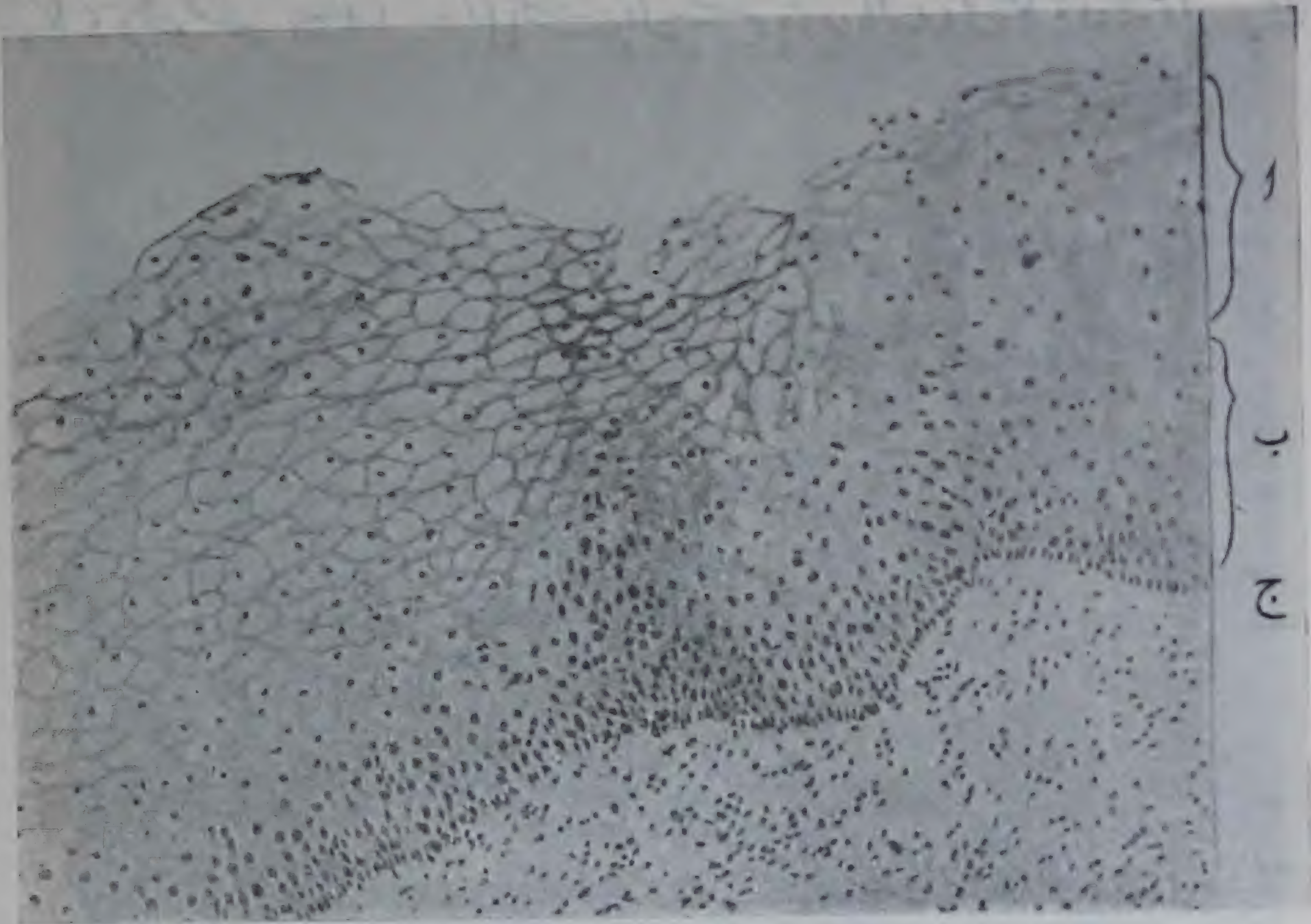
مناظر غائب ہو جاتے ہیں، اور ان کے اردگرد گول خلیوں کی دریزش کا ایک وسیع منطقہ پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۳۱۹)۔ فلسمانی خلیہ دار سرطان کی سطح میں اس قسم کا ردوبدل عموماً دکھائی دیتا ہے مگر اس کا کنارہ اس سے مستثنیٰ رہتا ہے جس پر اس کے مناظر امتیازی ہوتے ہیں۔ اس مقام پر سرطان اکثر بالید کے ظاہری کنارے سے آگے ہیکل میں نفوذ کئے ہوتا ہے اور ان حصوں میں پہنچا ہوتا ہے جو ابھی تک طبعی مرحلہ سے

ڈھکے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۱۹)۔
فلسمانی خلیہ دار سرطان عنقی تا کل ہیں، مزمن خراش کے زیر اثر، فلسمانی سر حلمہ کی ستونی سر حلمہ میں (مع اس کے غدہ ساز میلانات کے) بعد تکوین واقع ہونے کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے (سٹریکین)۔ یہ یاد ہوگا کہ تا کل یا تو سادہ قسم کا ہوتا ہے، یا حلیمی یا جرابی قسم کا (دیکھو صفحہ 423)۔ جرابی قسم ان انبیبی زیر بالیدوں کا نتیجہ ہوتی ہے جو

شکل ۳۱۶۔ برزخی سرطانی خلیات (Transitional Cancer Cells)
عنقِ رحم کے سرطان کے ایک اصابہ سے (میلیفنٹ : Maliphant)۔

524

سطحی سر حلمہ کی قاعدی تہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض اصابات میں ان انبیبی زیر بالیدوں کے خلیات خلیث خواص اختیار کر لیتے ہیں، اور نسیجیاتی مناظر سطحی طور پر غدی سرطانی سلعہ (adeno-carcinoma) کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں۔ فلسمانی خلیہ دار سرطان کے خبیث جرابات اور انبیبی غدی سرطانی سلعہ کے زائدوں میں یہ فرق ہے کہ

قبل الذکر غیر افرازی فلسمانی سرحلمہ سے مرکب ہوتے ہیں اور موخر الذکر ستونی خلیات سے، جن میں غدی فضاؤں کو افراز سے بھر دینے کی استعداد موجود ہوتی ہے۔

عنق کا غدی سرطانی سلعہ (Adeno-Carcinoma of the Cervix)

شکل ۳۱۰۔ طبعی مطبق عنقی سرحلمہ۔ (ا) پر سطحی طبقہ دکھائی دیتا ہے جو جزوی طور پر چپٹے خلیوں سے مرکب ہے اور خلوی غشا بہت نمایاں ہے۔ وسطی طبقہ (ب) زیادہ چھوٹے خلیات سے مرکب ہے جن میں خلیہ مایہ کی مقدار کم ہے۔ گہری تہ یعنی "طبقۂ نابت" ("stratum germinativum") (ج) خلیات کی اکہری یا دوہری تہ پر مشتمل ہے جن کا توشہ گہرا ہوتا ہے اور جن کے محور سطح سے زاویہ قائمہ پر ہیں۔ (میلیفنٹ: Maliphant)۔

نادر الوقوع ہے۔ عنق کے سرطانی سلعہ کے ۲۳۶ اصابات کے ایک سلسلہ میں سے جنکی تحقیقات اور جنکا تجزیہ آر۔ جی میلیفنٹ[1] (R. G. Maliphant) نے کیا ہے، صرف دس یعنی ۲۶ء۴ فیصدی 525

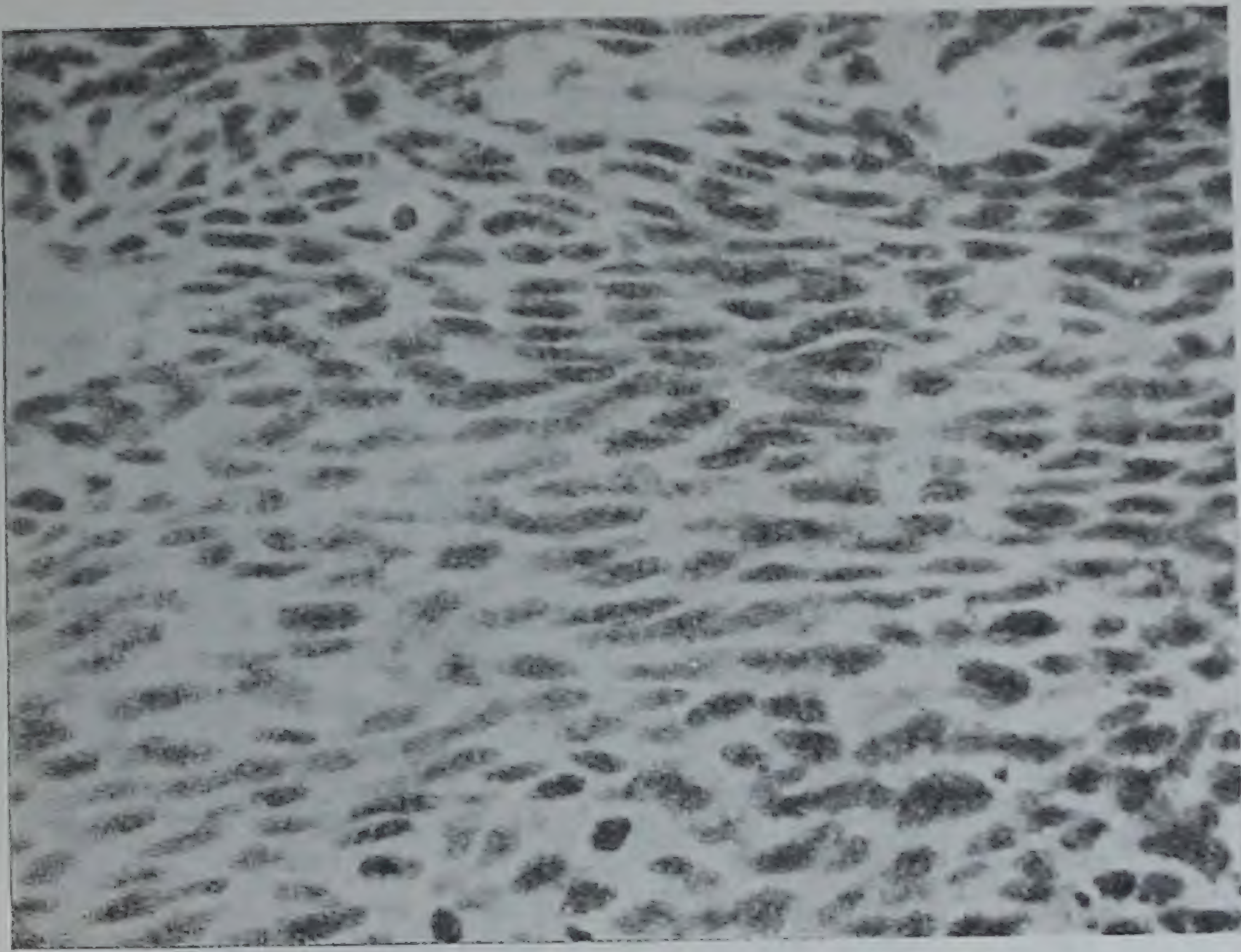
[1] Journ. Obstet. and Gyn. Brit. Emp., vol. 40, No. 3, 1933, p. 444.

غدی سرطانات تھے۔ فلسمانی خلیہ دار بالید کی طرح یہ عنقی دروں رحمہ سے یا تو سطح کے ستونی سرحلیہ سے یا غدی انیبیبات سے پیدا ہوتا ہے۔ موخر الذکر منبع سے اسکی ابتداز یادہ کثرت سے ہوتی ہے۔ یہ نوساخت (neoplasm) غدد کے درونوں سے انیبیبی مرمیات (tubular projections) کے بننے سے شروع ہوتی ہے۔ یہ طاقیے (crypts) جو کسی اصلی انیبیب کے درونہ سے ربط رکھتے ہیں شاخدار اور منطول ہونا شروع ہو جاتے ہیں،

شکل ۳۱۸ ا۔ دوکی سرطانی خلیات (Spindle Cancer Cells) (میلیفنٹ

-(Maliphant:

اور دوسرے طاقوں سے جو دوسری جگہ سے نکلتے ہیں مل جاتے ہیں۔ اس طرح ایک پیچیدہ غدی سلعی تکون عمل میں آجاتا ہے۔ بعض ثانوی انیبیب بعض اوقات درونوں میں ابھر آتے ہیں (مرتکس قسم) لیکن بیشتر یہ باہر کی طرف یعنی عضلی ہیکل ہی میں

پھیلے ہوتے ہیں جس کی مقدار ان متفرع انبیبات کے حملہ سے بتدریج کم ہوتی جاتی ہے۔
تہوں کی تعداد میں اضافہ ہونے کی طرف کوئی نمایاں میلان نہیں پایا جاتا، چنانچہ دردنوں
میں کبھی سر حلمہ کی صرف ایک ہی تہ پائی جاتی ہے (دیکھو شکل ۳۲۱)۔ اس قسم کا سرطان

شکل ۳۱۸ ب - دوکی سرطانی خلیات
(Spindle Cancer Cells) سرطانِ عنق رحم
کے ایک اصابہ سے (میلیفنٹ
-(Maliphant:

نسیجیات کے لحاظ سے جسمِ رحم کے نام نہاد خبیث غدی سلعہ (adenoma
malignum) (انبیبی سرطانی سلعہ: tubular carcinoma) کے مشابہ ہوتا ہے۔
خباثت کا نسیجیاتی ثبوت زیادہ تر متکاثر انبیبات کے ہیکل پر حملہ آور ہونے اور اسکی

تباہی پر مشتمل ہے۔ اس بالیدہ میں نزد رحمہ اور متصلہ احشاء پر حملہ آور ہونے کا بہت کم رجحان

شکل ۳۱۹ - عنق کا فلسانی خلیہ دار سرطان (Squamous-celled Cancer) - عدیم الولادت۔ عمر ۴۰ سال۔ بالیدہ سے فم خارجی کے موخر لب پر ایک چھوٹا سا قرحہ بن گیا تھا۔ یہ تراش اس قرحہ کی کور میں سے لی گئی ہے، اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بالیدہ اُن حصوں میں بھی نفوذ کر گئی ہے جو ابھی تک طبعی فلسانی سرحلہ سے پوشیدہ ہیں۔ گول خلیوں کی معتد بہ درریزش سطحی اور گہرے دونوں حصوں میں دکھائی دیتی ہے۔

پایا جاتا ہے۔ لہٰذا یہ فلسانی خلیہ دار سرطان کی نسبت بہت کم خبیث ہے۔

چند اصابات میں عنق کے غدی سرطانی سلعہ میں خلیات کا ویسا ہی کولاٹڈ ہی انحطاط پایا جاتا ہے جیسا کہ رودہ کے سرطان میں دیکھنے میں آتا ہے۔

سرطانِ عنق کے مناظر خالی آنکھ سے ۔ عنق کے سرطانی سلعہ کے جو مناظر خالی آنکھ سے دکھائی دیتے ہیں وہ بہت اختلاف پذیر ہیں۔ مریضہ کی عمر جس قدر کم ہوگی بالید کے اتنا ہی زیادہ نرم ہونے کا امکان ہوگا۔ بادی النظر میں عنق کے سرطانات دو گروہوں میں

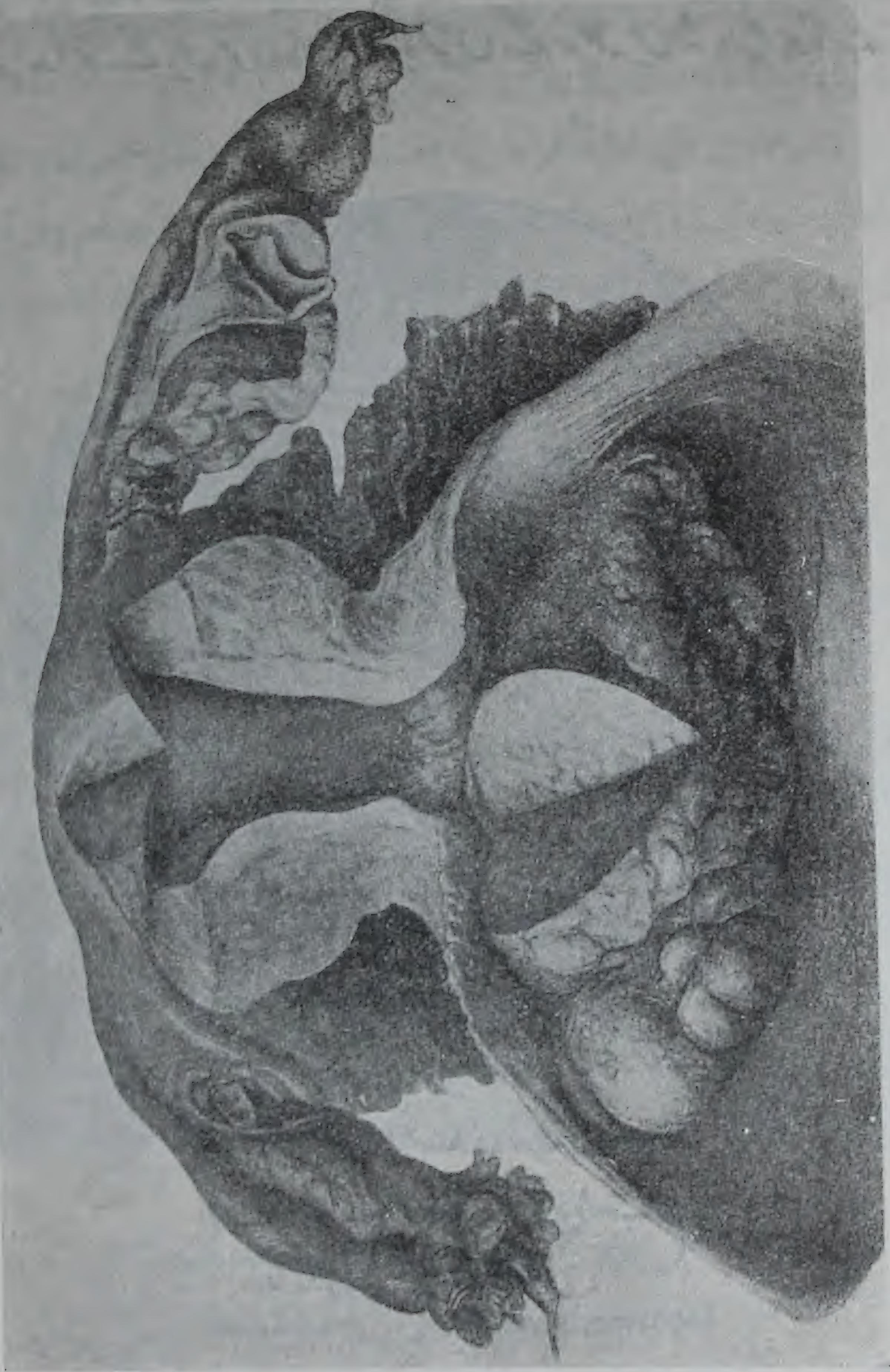
شکل ۳۲۰۔ عنق رحم کا غدی سرطانی سلعہ (Adenocarcinoma) (میلیفنٹ

-(Maliphant:

527 تقسیم کئے جا سکتے ہیں۔ ایک وہ جن میں ابتدا ہی سے متاکل کرنے اور متقرح ہونے کا رجحان پایا جاتا ہے' اور ایک وہ جن کا امتیازی خاصہ تکوین جدید یا تکاثر ہے۔ مگر اس قسم کی تقسیم یعنی (۱) تقرحی اور (۲) تکاثری مکمل طور پر اطمینان بخش نہیں ہے' کیونکہ

عمیق ترین عنقی التہابات وہ ہوتے ہیں جو تکاثری (proliferative) سرطان کے تنخر سے پیدا ہوتے ہیں جو دروں عنقی بافتوں کے مرحلہ میں شروع ہوتا ہے۔

شکل ۳۲۱ ـ عنق کا غدی سرطانی سلعہ
(Adeno-carcinoma)، انبیبی قسم ـ
عدیدالولادت، عمر ۴۳ سال ـ

528 (۱) تکوینی (Formative) یا تکاثری (Proliferative) قسم۔ اسکی ایک نہائت کثیر الوقوع شکل عنق کے حصۂ مہبلی کا نام نہاد "گوبھی" نما سرطانی سلعہ ("Cauliflower" carcinoma) ہے۔ یہ قسم عنق کے کسی ایک لب پر پیدا ہوتی ہے، اور اس سے انجام کار جدید بافت کا ایک بڑا سا تودہ بن جاتا ہے جس کی سطح

شکل ۳۲۲۔ عنق کے فلسمانی خلیہ دار سرطانی سلعہ (Squamous-celled Carcinoma) کی اکتاثری قسم جو مہبل میں موجود ہے۔ یہ بالیدہ ایک ۴۰ سالہ مریضہ سے اگست ۱۹۰۰ء میں الگ کی گئی تھی۔ ۱۹۱۲ء میں اس نے عود کیا اور ریڈیئم سے علاج کرنے پر یہ غائب ہو گئی۔ ۱۹۲۷ء میں مبال کے فرش میں اس نے پھر عود کیا۔

ثولولی یا کرنبی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۳۲۲)۔ یہ سلعہ مہبل میں ابھرا ہوتا ہے لیکن اس میں گہری بافتوں میں منتشر ہونے کا رجحان کم پایا جاتا ہے۔ ایسی بالیدہ بعض اوقات بڑی ہو جاتی ہے، اور فرج پر نمودار ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں یہ عنق کے حصۂ مہبلی سے نسبتہً ایک پتلے سے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اسکی سطح بعض اوقات فجوہ دار اور لخلخک دار ہوتی ہے، اور اس پر اکثر گہرے شقاق بھی پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۲۲)۔ کلاں ترین بالیدوں میں وسیع انحطاط پایا جاتا ہے اور یہ رمادی سبز تنخری تہ سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ بہرکیف جدید بافت کے سریع تنخر کی وجہ سے بہت جسیم بالیدیں اکثر نہیں بنتیں۔ اس نوساخت میں بلاواسطہ تسلسل یا لمسی انصباب سے مہبل کے سطح کے ساتھ ساتھ پھیلنے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے۔ جب ایسا وقوع میں آتا ہے تو سرطانی خلیات بعض اوقات مہبل کی غشائے مخاطی میں نفوذ کر جاتے ہیں اور زند مہبلی بافتوں کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اس کے بعد بالیدہ بعض اوقات دیوار مہبل میں داخل ہو جاتی ہے اور کسی دوسرے محل پر ظاہر ہو جاتی ہے۔

شکل ۳۲۳۔ عنق کا درون عنقی سرطانی سلعہ (Endocervical Carcinoma) جسمیں ابتداہی میں تقرح واقع ہو گیا ہے۔

نکاتری قسم کی دوسری شکل درون عنقی سرطان (endocervical cancer) ہے جو پہلی کی نسبت اگر زیادہ کثیر الوقوع نہیں تو اتنی ہی کثیر الوقوع ضرور ہے۔ یہ عنق کے حصۂ مہبلی کے سرحلمہ کی گہری نہوں یا عنقی درون رحمہ کے سرحلمہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ یہ عنق کے حصۂ مہبلی کے فلسانی سرحلمہ کی گہری نہوں سے پیدا ہوتا ہے یہ ابتداہی میں عنق کی گہرائیوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس لئے اپنے محل کے لحاظ سے درون عنقی ہوتا ہے۔ یہ نکاتری بالیدیں

عنق کے مہبلی حصہ اور فوق مہبلی عنق میں ابتدا ہی میں سرطان کے کروی کرنبچی تودوں کی شکل اختیار کرلیتی ہیں (دیکھو شکل ۳۰۸ و ۳۱۰، صفحات 516, 518)۔ عنق بہ حیثیت مجموعی محیط میں کلانی یافتہ ہوجاتی ہے، اور یہ بے ڈول یا "بیپانما" ہوتی ہے (شکل ۳۰۶، صفحہ 515)۔ عنق کے حصۂ مہبلی کو پوشیدہ کرنے والا امر حلمہ اول اول علیٰ حالہ رہتا ہے (دیکھو شکل ۳۰۷)، لیکن بعد میں بالیدہ دونوں اطراف میں، باہر کی طرف (شکل ۳۲۳) اور عنق کی قنال کی طرف (شکل ۳۲۴) رونما ہوجاتی ہے۔ جتنے وقت میں عنق کے حصۂ مہبلی پر کی خارجی سطح پر تقرح ظاہر ہوتا ہے اتنے وقت میں عنق کے اندر بالیدہ کا تکاثر بالائی سمت میں اکثر فم داخلی تک پھیل جاتا ہے۔ جانبی سمت میں یہ ممکن ہے کہ اسکی وجہ سے عنق صرف ایک خول کی طرح رہ گئی ہو، اور ڈھیلی خلوی بافت کے عروق لمف ماؤف ہوگئے ہوں۔ دروں عنقی تکاثری سرطان کی شکست سے ایک بہت گہرا کاس نما قرحہ بن جاتا ہے۔ اس حالت میں اس کا منظر کسی قدر مخروط نما اکتھاف سے مشابہ ہوتا ہے جس کا راس فم داخلی کے قریب ہوتا ہے اور قاعدہ وہاں ہوتا ہے جہاں فم خارجی پہلے تھا۔ عنق کا حصۂ مہبلی اکثر اپنی اصلی حالت پر نہیں رہتا، بلکہ غائب ہوجاتا ہے، اور قرحہ کی دیواریں مہبلی قبووں کی سطح کے برابر ہوجاتی ہیں (دیکھو شکل ۳۲۴)۔ اس طرح جو مخروطی کاس نما قرحہ بن جاتا ہے اس کی دیواریں بالیدہ کے اغشاث یافتہ اور نزفی تودوں پر مشتمل ہوتی ہیں (دیکھو صفحہ ۲۸)، جو امتحان کرنے کے دوران میں امتحان کرنے والی انگلی کے چھونے سے شکستہ ہوجاتے ہیں۔ سرطان کی اس قسم میں نزد رحمہ کی دررینش جلد واقع ہوتی ہے، سروحات عام ہوتے ہیں، اور مثانہ اور معائے مستقیم کے ساتھ اکثر بالیدہ کے ناسوری ربط پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ بلاخوف تردید کہا جاسکتا ہے کہ سرطان عنق کے تمام اقسام میں سے دروں عنقی قسم کا سرطان سب سے زیادہ تباہ کن ہے۔

530 (۲) تقرحی قسم۔ سابق الذکر ہر دو اقسام کے مقابلہ میں بہت ہی قلیل الوقوع وہ سرطان ہے جس سے ایک چپٹا اور انخلا قرحہ پیدا ہوجاتا ہے اور جس کی کور سخت ہوتی ہے۔ یہ غالباً کسی تاکل (erosion) میں شروع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 423)۔ اس قسم کی بالیدہ میں گہرے طور پر نفوذ کرنے کا فتہً کم رجحان ہوتا ہے، اور یہ بہت آہستہ آہستہ پھیلتی ہے اور بعض اوقات خارجی جلد کے قرحہ قارضہ (rodent ulcer) سے

کسی قدر مشابہ ہوتی ہے۔ یہ سرطان خاصکر معمر مریضوں میں پایا جاتا ہے' اور ابتدا میں
اسے تاکل سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے خاصکر جبکہ عنقی شترہ خارجی (cervical ectropion)

شکل ۳۲۴ - اکتہافی دروں عنقی سرطانی سلعہ (Excavating Endocervical Carcinoma) - عنق اور جسم کی پچھلی جانب پر شگاف دیا گیا ہے۔ دروں عنقی سرطانی سلعہ سے عنق کی جسامت جسم رحم سے تین گنا ہو گئی ہے۔ تقرح اور تنخر سے مقدم عنقی دیوار پتلی ہو گئی ہے۔ جسم رحم میں جو سعدانہ (پاپلیپس) ہے وہ سلیم تھا۔

بھی ساتھ ہی موجود ہو۔
معمر مریضوں میں سرطان کی ایک اور قسم پائی جاتی ہے جو نسبتہً بہت زیادہ

نادر الوقوع ہے اور جس میں تقرح کا رجحان بہت ہی کم ہوتا ہے۔ یہ عنق کے مہبلی حصہ کے کسی ایک لب کے سخت اور شکن دار تصلب پر مشتمل ہوتی ہے۔ چھونے پر صرف خفیف سا نزف واقع ہوتا ہے، اور تکسّر کی طرف اس کا رجحان نہیں ہوتا۔ خردبین سے دیکھنے پر ایک نمایاں خاصہ یہ معلوم ہوتا ہے کہ سرطانی زائدوں کی جسامت مقابلۃً چھوٹی ہے اور ہیکل کی مقدار نسبۃً زیادہ ہے۔ سرطانی خلیات چھوٹی چھوٹی لمفی فضاؤں میں سے اکہری یا دوہری صفوں میں چلے جاتے ہیں، اور ان کے درمیان بہت سی لیفی عضلی بافت حائل ہوتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیشی بالیدگی شائد سرطانی بالید کے آہستہ آہستہ بڑھنے کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے۔ سرطانی خلیات انفرادی طور پر چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں، لیکن ان کا توشیہ گہرا ہوتا ہے، اور خردبینی مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ پستان کے مزمن جرز (chronic scirrhus) کے یا قرحۂ قارضہ (rodent ulcer) کے۔

531

سرطانِ عنق کی امراضیات کا بیان ختم کرنے سے پہلے مندرجۂ ذیل مزید امور کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ سرطانِ عنق کی ایک نادر الوقوع قسم کے متعلق، جو مرکزی گرہ (central node) کہلاتی ہے، یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ جنینی آثار سے پیدا ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ انجام کار یہ سطح تک پہنچ جاتی ہے، لیکن جب تک قنالِ عنق اور عنق کے مہبلی حصہ کی سطح طبعی حالت پر رہتی ہے اس سے کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے، اور ممکن ہے کہ شناخت کئے جانے سے پہلے ہی یہ ناقابلِ عملیہ درجہ کو پہنچ جائے۔ سابق الذکر معمولی دروں عنقی قسم میں بھی بلاشبہ ایسا ہو سکتا ہے، اور ہم نے پہلے یہ بیان کر دیا ہے کہ یہ ثابت کرنا یقیناً بہت مشکل ہے کہ سرطان جنینی آثار سے پیدا ہوتا ہے۔ عنقی مخاطی سعد انے (سروائیکل میوکس پالیپائی) بعض اوقات سرطان زدہ ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲۶۸، صفحہ 452)؛ اور اس حالت میں مرض ثانوی طور پر عنق کو ماؤف کر سکتا ہے۔ آخری امر یہ ہے کہ ہم جماعت بندی کے لحاظ سے عنق کے مہبلی حصہ کے سرطان اور عنقی دروں رحمہ سے پیدا شدہ سرطان کے درمیان فرق کرنے کو کوئی اہمیت نہیں دیتے، کیونکہ خالی آنکھ اور خردبین سے امتحان کرنے پر بھی ان بالیدوں کے مقام ابتدا کا معلوم کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے۔ "صرف گوبھی نما" سلعہ اور چپٹے قرحہ ہی کو سطحی سرطانی سلعات تصور کرنا کسی حد تک قرین قیاس ہے، اور اس امر کا پھر اعادہ کیا جا سکتا،

کہ دروں عنقی سرطان کے مقابلہ میں یہ قسمیں نسبتہً سلیم ہیں۔ ان میں خارج الرحم بافتوں پر حملہ آور ہونے کا جو رجحان پایا جاتا ہے وہ دروں عنقی سرطان کے رجحان کے مقابلہ میں کم ہے، اور اس کی وجہ کچھ تو تشریحی لحاظات اور خاصکر لمفی گذرگاہیں ہو سکتی ہیں، اور کچھ سرطانی خلیات کی زیادہ پختہ قسم، جو تعداد میں "حصہ مہبلی" کے سطحی سرطانی سلعات میں غالب ہوتے ہیں۔

سرطانِ عنق کا انتشار۔ پہلا حملہ تسلسل کے ذریعہ سے ہوتا ہے، سرطانی خلیات کے ٹھوس زائدے بن جاتے ہیں جو اصلی ماسکہ سے نکل کر متصل عنقی بافتوں میں بڑھنا شروع ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے یہ خلیات اتصالی بافتوں میں داخل ہو جاتے ہیں، اور لمف کی رو میں شامل ہو جاتے ہیں جس سے سرطان کا مسلسل بر آور انتشار ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ امر قابلِ غور ہے کہ عنقی سرطان کے دورانِ انتشار میں بعض اوقات قرب وجوار کے غدد حملہ سے ایسے اصابات میں بھی بچ جاتے ہیں جن میں سروحات (metastases) اتنی دور چلے جاتے ہیں کہ جگر میں پائے جاتے ہیں۔

سرطانِ عنق کی خباثت عنق کے اندر اور اس کے اردگرد کے پیچیدہ نظامِ لمف کی وجہ سے ہے۔ لمف کی گذرگاہیں سیدھی نزد رحمہ، رحمی عجزی رباطات کی خلوی بافت، اور معائے مستقیم کی جانبوں میں جاتی ہیں۔ اس خلوی بافت سے مثانہ تک سرطان کی توسیع نسبتہً زیادہ کثرت سے واقع ہوتی ہے، اور دروں عنقی سرطان میں دیگر اقسام کے مقابلہ میں یہ زیادہ پہلے اور زیادہ کثرت سے عمل میں آتی ہے۔ بافتوں کے تنخر یا اغثاث کی وجہ سے بعض اوقات خلوی التہابی عمل کا ایک منطقہ بن جاتا ہے جو سریری طور پر خبیث دررزش سے تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ ترقی یافتہ اصابات میں حالبین کے انتہائی حصے یا تو اردگرد کی خلوی بافت کی دررزش سے مضغوط ہو کر، یا بالید کے ان کی دیواروں تک راست پھیل جانے سے منسد ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں منسد حصہ سے اوپر حالب میں اتساع واقع ہو جاتا ہے (استسقائے حالب: hydro-ureter)۔

لمفی غدد کے ماؤف ہونے کی حالت میں سرطان کا حملہ اسکے نقطۂ ابتدا سے، جو عنق میں ہوتا ہے، ایک خاص ترتیب کے ماتحت ہوتا ہے۔ پہلے عام طور پر وہ غدہ ماؤف ہوتا ہے جو رباط عریض کے قاعدہ میں اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں حالب اور شریانِ رحم کا

تقاطع ہوتا ہے۔ اس کے بعد دونوں حرقفی گروہ اور وہ عجزی غدد متاثر ہوتے ہیں جو حوض کی موخر دیوار پر معائے مستقیم کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ ان سے بھی زیادہ بعید سطحی اور عمیق قطنی غدد اربی غدد اور قولونی غدد ہیں۔ بادی النظر میں وہ غدد سب سے پہلے ماؤف ہوتے ہیں جو رحم سے قریب ترین ہوتے ہیں لیکن بارہا ایسا بھی ہوتا ہے کہ قربی گروہ بچ جاتا ہے اور زیادہ دور کے گروہ ماؤف ہوجاتے ہیں۔

532

پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ سرطان جتنا قلیل المدت ہوگا لمفی سروحات کے پائے جانے کا احتمال بھی اتنا ہی کم ہوگا اور برعکس اس کے سرطان جتنا زیادہ طویل المدت ہوگا غدد کے ماؤف پائے جانے کا اتنا ہی زیادہ امکان ہوگا۔ تحقیقات سے یہ مفروضہ غلط ثابت ہوا ہے۔ مرض کے لمفی انتشار کا کوئی قاعدہ نہیں۔ وسیع ناقابل عملیہ سرطان کے ایک تہائی اصابات میں غدد میں کوئی مطروح نہیں پایا جاتا اور قابل عملیہ اصابات میں سے ایک تہائی میں غدی سروحات پائے جاتے ہیں اور دو تہائی میں نہیں پائے جاتے۔ سرطان زدہ لمفی غدد اکثر زیادہ کلانی یافتہ نہیں ہوتے، لیکن طبعی غدد کی نسبت یہ زیادہ محکم ہوتے ہیں اور بعض اوقات ان سے زیادہ سخت بھی ہوتے ہیں۔ بہر حال ایسے غدد بھی کئی مرتبہ پائے جاتے ہیں جو بہت کلانی یافتہ ہوتے ہیں اور جن کی بستگی نرم ہوتی ہے۔ یہ غدد عفونت زدہ ہوتے ہیں اور خردبین سے امتحان کرنے پر ان میں سرطانی تغیرات نہیں بلکہ التہابی تغیرات پائے جاتے ہیں۔ چونکہ سرطانی خلیات عروقِ خون میں داخل ہوسکتے ہیں اس لئے یہ براستہ خون بھی پھیل سکتے ہیں۔ سرطان کی حالت میں سلعہ لحمیہ کے مقابلہ میں ایسا کم کثرت سے ہوتا ہے لیکن اس سے دور دور کے اعضا میں سروحات کے پائے جانے کی توجیہ ہوتی ہے۔ یہ صرف مرض کے نہایت ہی مترقی مدارج میں پائے جاتے ہیں اور نسبتہً نادر الوقوع ہیں۔ مڈل سکس ہاسپیٹل (میک کارمک MacCormac:) کے اعداد و شمار کے مطابق ۱۰۹ امتحانات میت میں سے جو سرطان عنق کے لئے کئے گئے تھے، صرف ۲۰ فیصدی میں احشائی سروحات پائے گئے، اور جن اعضاء میں مطروحات کے پائے جانے کا سب سے زیادہ میلان پایا گیا وہ جگر اور طحال تھے۔ بولی خطہ کا بالائی حصہ اکثر مثانہ اور حالبین تک مرض کے براہ راست پھیل جانے سے ماؤف ہوتا ہے اور میک کارمک یہ اطلاع دیتا ہے کہ اس کے امتحانات میت کے ایک سلسلہ میں ۳۶.۵ فیصدی میں کلوی ضررات پائے گئے تھے جو بالعموم استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) یا

تقیح گردہ (pyonephrosis) تھے۔

سرطانِ عنق کے سریری خصائص

وقوع ۔مرض کے وقوع کے لحاظ سے دو امور یعنی عمر اور ولودیت (child-bearing) پر غور کرنا ضروری ہے۔

عمر ۔اس مرض کے سن وقوع میں دوسرے اعضا کے سرطانی سلعات کی طرح بہت سا اختلاف پایا جاتا ہے۔اس کی انتہائی مثالیں اڑہائی سال کے ایک بچہ میں اور ترانوے سال کی ایک عورت میں پائی گئی ہیں۔قبل الذکر کا اندراج ایڈمس (Adams) نے اور موخر الذکر کا فنڈلی (Findley) نے کیا ہے۔بیس سال کی عمر کے نیچے نیچے یہ نہایت ہی نادرالوقوع ہے' اگرچہ اٹھارہ سال کی عمر کے دو اصابات کا اندراج کیا جاچکا ہے' جن میں سے ایک کا اندراج کریگن (Cragin) نے اور دوسرے کا ڈی روولی (de Rouville) نے کیا ہے' اور شاٹا (Schauta) نے ایک سترہ سال کے اصابہ کا ذکر کیا ہے۔وزارتِ صحت نے جو مجتمعہ اعداد و شمار شائع کیئے ہیں ان کے مطالعہ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سرطانِ رحم کے لئے کوئی خاص سن مساعد نہیں۔ایسا معلوم ہوتا ہے کہ مرض کے وقوع کا امکان ہر پانچ سال کی مدت کے بعد ساٹھ سال کی عمر تک بتدریج بڑھتا جاتا ہے' اور اسکے بعد اس میں تھوڑی سی کمی واقع ہوجاتی ہے۔ان اعداد و شمار سے یہ معلوم نہیں ہوتا کہ اس مرض میں انقطاع الطمث پر واقع ہونے کا کوئی واضح رجحان پایا جاتا ہے۔

ولودیت ۔بے اولاد عورتوں میں سرطانِ عنق شاذ و نادر ہی دکھائی دیتا ہے۔جو اعداد و شمار نہایت احتیاط سے جمع کئے گئے ہیں ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مندرجہ اصابات میں سے ۴ فیصدی سے زائد اصابات عدیم الاولاد عورتوں (جن کو کوئی بچہ نہیں ہؤا تھا) میں نہیں پائے گئے۔تاہم عدیم الاولاد عورتوں کی ایک خاص تعداد میں املاص واقع ہؤا' اور اس امر کا بھی لحاظ رکھنا چاہیئے۔لہٰذا ٹھیک ٹھیک اندازہ کرنے کے لئے عام آبادی کی صاحبِ اولاد عورتوں (بشمول املاص) کی اضافی تعداد کا عدیم الولادت عورتوں سے مقابلہ کرنے سے اعداد کی تصحیح کرنی چاہیئے۔اس قسم کے اعداد و شمار ممکن الحصول نہیں۔

ایک اور دلچسپ خیال بھی قائم کیا گیا ہے اور وہ یہ ہے کہ سرطان رحم کی مریض عورتوں میں بارآوری ایک کافی حد تک پائی جاتی ہے۔ لیورس (Lewers) نے اپنے اصابات کے ایک سلسلہ میں حملوں کی اوسط تعداد پانچ مقرر کی ہے، اور ولسن کے سلسلۂ اصابات میں حملوں کی اوسط تعداد (بشمول اسقاط) ساڑھے چھ تھی۔ اس امر میں کچھ شبہ نہیں کہ عنق کی ولادتی دریدگیاں اور مزمن التہاب عنق جوان کے بعد بکثرت واقع ہوتا ہے، ولودیت اور سرطان کی پیدائش کی درمیانی کڑی ہیں۔ یہ عوارض عنق کی دریدگیوں (صفحہ 581) اور عنق کے تاکل (صفحہ 423) کے سلسلہ میں بیان کئے گئے ہیں اور ان کا حال مطالعہ کنندہ کو دیکھنا چاہیئے۔ جیساکہ پہلے بیان کیا جاچکا ہے (صفحات 517 تا 519) "تاکل" کی سرطان میں بلاواسطہ تبدیلی کا گاہے گاہے مشاہدہ کیا جاسکتا ہے، اور اس سلسلہ میں عنق کی بیاضی سطمیت کے اثر کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔

مرض کے ابتدائی مدارج کے علامات۔ یہ اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہیئے کہ سرطانِ عنق کے جو علامات سب سے پہلے مشاہدہ میں آئے ہیں وہ اسکی ابتدا کو ظاہر نہیں کرتے، بلکہ مرض کی نسبتہً ایک ترقی یافتہ حالت کو ظاہر کرتے ہیں۔ اس مرض کے ابتدائی علامات یا امارات کوئی نہیں ہوتے جبتک کہ بالید ایک معتدبہ جسامت اختیار نہیں کرلیتی، اور جب تک کہ اس میں تنخزی تغیرات واقع نہیں ہوجاتے، جنکے پیدا ہوجانے کا اس قدر احتمال ہوتا ہے، اس وقت تک ممکن ہے کہ علامات بالکل ظاہر نہ ہوں، اور یہی وجہ ہے کہ اس کا وجود غیر منکشف رہتا ہے، سوائے اسکے کہ یہ اتفاقی طور پر امتحان کرنے پر ظاہر ہوجائے۔ یہ سرطان کے ایک ایسے خاصہ کا جو تقریبًا ہمیشہ پایا جاتا ہے صرف ایک اعادہ ہے جبکہ یہ منکشف سرحلمی سطحوں کے علاوہ دوسرے حصوں مثلاً لب اور زبان پر اثر انداز ہوتا ہے۔ چونکہ پہلے علامات جو مشاہدہ میں آتے ہیں ابتدائے مرض کے کسی طرح بھی متناظر نہیں ہوتے اس لئے ان سے اس کی مدت معلوم نہیں ہوسکتی۔ اور حقیقت یہ ہے کہ سرطان عنق کی اصلی ابتدا کا وقت تقریبًا ہر مریضہ میں غیر معلوم رہتا ہے، اور اس لئے جس رفتار سے یہ اپنے ابتدائی مدارج میں ترقی کرتا ہے وہ بھی غیر معلوم رہتی ہے۔

جو علامت سب سے پہلے پائی جاتی ہے وہ تقریبًا ہمیشہ نزف ہی ہوتا ہے جو مقدار میں قلیل ہوتا ہے، اور بے قاعدہ طور پر واقع ہوتا ہے، اور اس کا ممتاز ترین خاصہ یہ ہے کہ

یہ اکثر مجامعت سے پیدا ہوتا ہے۔ مگر مجامعتی نزف بعض اوقات دیگر اسباب مثلاً "تاکل" یا
مخاطی سعدانہ سے بھی پیدا ہوتا ہے اسلئے یہ علامت سرطان کا مابہ الامتیاز تصور نہیں کیجا سکتی۔
بعض اوقات دوران اجابت میں کانکھنے سے یا کسی ایسی مشقت سے جس کی عادت نہ ہو، یا
ہچکولوں سے جیسے کہ ریل یا موٹر کے سفر میں آتے ہیں خون بہنا شروع ہوجاتا ہے۔ حیض کی مقدار
میں لازمی طور پر کوئی اضافہ نہیں ہوتا اور نہ اس کے توازن ہی میں کوئی خلل واقع ہوتا ہے،
اور ممکن ہے کہ اس وقت دوسری اور کوئی بھی علامت موجود نہ ہو۔ جو عورتیں ایسے سن کو
پہنچ جاتی ہیں جس پر اس مرض کے نمودار ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ اس قسم کے
خفیف سے نزف کو کوئی اہمیت نہیں دیتیں۔ اور روایتی طور پر وہ اسے سِن یاس کے قریب
آنے سے منسوب کرتی ہیں۔ دیگر علامات مثلاً مواد یا درد کی عدم موجودگی اس امر کی علامت
تصور کی جاتی ہے کہ کسی قسم کا کوئی عارضہ موجود نہیں۔ باوجود اس کے یہ ممکن ہے کہ خفیف
ترین نزف کے واقع ہونے سے پہلے ہی مرض کئی ماہ سے موجود ہو، کیونکہ جب تک کہ سلعی بافتوں
کے تنخری تغیرات سے سطحی عروق خون کو نقصان نہیں پہنچ جاتا نزف واقع نہیں ہوتا۔

اس کے بعد جو علامت ظاہر ہوتی ہے وہ مواد ہے۔ بعض اوقات یہ نزف
سے پہلے ظاہر ہوتا ہے، لیکن عام طور پر ایسا نہیں ہوتا۔ اس درجہ میں مواد بالعموم رقیق،
زرد یا بھورا ہوتا ہے، اور اسکی مقدار تقریباً یکساں رہتی ہے، اور اس میں بدبو نہیں ہوتی۔
یہ ان تنخری تغیرات سے پیدا ہوتا ہے جو سلعی بافتوں میں پیدا ہوتے ہیں۔ بعض اوقات
یہ بافراط خارج ہوتا ہے اور ان اصابات میں اس کے بافراط پائے جانے کا
خاص طور پر احتمال ہوتا ہے جن میں تکوینی اعمال کے غالب آجانے سے نوبالید کا ایک بڑا
تودہ بن جاتا ہے۔

ان علامات کے علاوہ دیگر علامات کے نمودار ہونے کی توقع نہ کرنا چاہیئے تاوقتیکہ
مرض اس سے زیادہ ترقی یافتہ درجہ تک نہ پہنچ جائے۔ عمومی صحت پر کوئی برا اثر
نہیں ہوتا، اور اکثر اصابات میں درد بھی نہیں ہوتا۔ مگر نزف کا رجحان آہستہ آہستہ زیادہ تواتر
اور زیادہ شدت کے ساتھ واقع ہونے کی طرف ہوجاتا ہے، اور ایسا بالخصوص ان اصابات
میں ہوتا ہے جن میں تقرحی اعمال غالب آگئے ہوں۔ بعض اصابات میں اور خاصکر سن رسیدہ
عورتوں میں مرض کے تمام مدت میں نزف کی مقدار بہت قلیل رہتی ہے۔

درد کبھی ابتدائی علامت نہیں ہوتا، لیکن کبھی کبھی یہ نزف یا مواد کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس علامت کے متعلق یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ یہ شائد اس امر کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ عنق کے اردگرد کی خلوی بافت بھی کسی حدتک ماؤف ہوچکی ہے۔ خلوی بافت دو طریقوں سے ماؤف ہوسکتی ہے (ا) سرطانی درریزش سے، (ب) اس التہاب سے جو ان عضویوں کی سرائت سے پیدا ہوتا ہے جو تنخر یافتہ سلعی بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ سرطانی درریزش پہلے پہل شائد ماؤف رقبہ جات کے دوران لمف کو مسدود کرنے سے درد پیدا کرتی ہے۔ جو درد سرطان عنق کو متلازم ہوتا ہے وہ سریری طور پر خاصکر کمر کے نچلے حصے میں پایا جاتا ہے، اور اس میں اشتدادات واقع ہوسکتے ہیں۔ لیٹنے پر اس میں تخفیف نہیں ہوتی، اور دن کی نسبت رات میں اکثر زیادہ شدید ہوتا ہے۔

جو علامتیں اول اول مشاہدہ میں آتی ہیں ان کے خواص کے متعلق ولسن (Wilson) نے ایک دلچسپ مشاہدہ کیا ہے۔ اس نے یہ معلوم کیا ہے کہ ۳۲۸ اصابات کے ایک سلسلہ میں سے ۸۱ فیصدی میں تنہا نزف ہی پہلی علامت تھا۔ دوسرے کئی اصابات میں مواد یا درد تقریباً اسی وقت ظاہر ہوئے جس وقت کہ نزف واقع ہوا۔ اگر ان اصابات کو بھی شامل کرلیا جائے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ نزف یا تو تنہا اور یا مواد یا درد کے ساتھ ۹۵ فیصدی اصابات میں اولین علامت تھا۔

لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ سرطانِ عنق کی ابتداءً غیر محسوس ہوتی ہے، اور جو ابتدائی علامتیں اس سے پیدا ہوتی ہیں وہ بہت خفیف سی ہوتی ہیں اور نسبتہً زیادہ دیر سے نمودار ہوتی ہیں۔ اس درجہ پر مرض صرف محتاط طبیعی امتحان ہی سے شناخت کیا جاسکتا ہے، اور بعض مثالوں میں اسکی تکمیل خردبین کی مدد سے کی جاتی ہے۔ یہ ہمیشہ کے لئے یاد رکھنا چاہیئے کہ جب مریضہ زیر مشاہد آئے تو سب سے پہلے اس قسم کا امتحان سر انجام دینا اشد ضروری ہوتا ہے۔ بعض اوقات مریض ضروری امتحان کرانے پر رضامند نہیں ہوتے، لیکن ہم کو ایسے اعتراضات کا کوئی لحاظ نہ کرنا چاہیئے۔ ہمارا یہ فرض ہے کہ پہلے امتحان کرنے کی ضرورت کو اچھی طرح سے واضح کردیا جائے، اور پھر علاج کی ذمہ داری لینے سے قطعی انکار کردیا جائے تاوقتیکہ امتحان نہ کرلیا جائے۔ مثال کے طور پر کسی درمیانی عمر کی عورت کے لئے، جو بین حیضی نزف کی (خواہ یہ کتنا ہی ناقابل لحاظ کیوں نہ ہو) شکایت کرتی ہو، ارگٹ (ergot) کی طرح کی دوا اور مہبلی نطول کا تجویز کرنا

وقت ضائع کرنا ہے جس پر کہ اس صورت میں جبکہ یہ علامات سرطان سے پیدا ہوئے ہوں جس کا بہت امکان ہوتا ہے، مریضہ کے صحت یاب ہونے کا کلی انحصار ہوتا ہے۔

عنق کے مہبلی حصہ کے سرطان کے سریری امارات ۔ عنق کا انگلی سے امتحان کرنے پر جو پائی جائیں گی ان کا انحصار مرض کی اختیار کردہ صورت پر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اکثر وسیع تغیرات پائے جائیں گے جس میں علامات تھوڑے عرصہ ہی سے موجود ہوں اور ان کی شدت ناقابل لحاظ ہو۔ شاذ شاذ مثالوں میں جن میں مرض کے اولین مدارج کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے یہ دیکھا جائے گا کہ بالید ایک محکم، (ٹھوس اور سخت نہیں) کرنیجی اور مرتفع قطعہ کی یا بعض اوقات ایک اتھلے قرحہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے اور فم خارجی کے کچھ حصہ کو ماؤف کر دیتی ہے، اور عنق کی ہم پہلو سطح پر پھیل جاتی ہے۔ بالید تقریباً ہمیشہ بے ساقچہ ہوتی ہے، اور جب یہ جسامت میں بڑی ہوتی ہے تو عنق کے خاکہ میں بخوبی واضح تغیرات پیدا کر دیتی ہے۔ فم خارجی کا مقام چھونے سے معلوم کیا جا سکتا ہے، کیونکہ مرض کے اس درجہ میں جو زیر بحث ہے یہ بتمامہ ماؤف نہیں ہوتا۔ اگر بالید کی سطح کو دستانہ پوش انگلی سے آہستہ سے ٹکر جائے تو یہ شکستہ ہو جاتی ہے کیونکہ بلحاظ کثافت یہ خستہ ہوتی ہے، اور اس عمل کے ساتھ کسی قدر جریان خون بھی واقع ہو جاتا ہے۔

535

اس کے بعد عنق کو منظار کی مدد سے منکشف کر کے اچھی روشنی میں اس کا امتحان کرنا چاہیئے۔ جو حصہ بالید سے متاثر ہوتا ہے اسکی رنگت طبیعی کے مقابلے میں زیادہ تاریک پائی جائے گی، اور مجلّی دکھائی دینے کی بجائے یہ دھندلی سی نظر آئے گی۔ اس کی سطح میں یکسانیت نہیں پائی جاتی، اور اس کے وہ حصے جن میں تقرح واقع ہو چکتا ہے کرم خوردہ دکھائی دیتے ہیں۔ یہ منظر بالعموم ان حصوں میں پایا جاتا ہے جو فم خارجی کے نزدیک ہوتے ہیں، اور بالید کے قدیم ترین حصے ہوتے ہیں۔ بالید کے محیط سے باہر کے رقبہ جات ہموار ہوتے ہیں اور ابھی تک مجلّی، علی حالہ اور مطبق سرحلہ سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ اگر متقرح حصوں کو روئی کے پچارے سے آہستہ سے صاف کیا جائے تو ان سے خون بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ اس قسم کی حالت میں خبیث نو بالید کی تشخیص میں ہرگز کوئی شبہ پیدا نہیں ہوتا۔ مندرجہ ذیل امور اس امر کا فیصلہ کرنے کے لئے کہ مرض خبیث ہے بہت کافی ہیں۔ (۱) محکم کرنیجی تصلب کا رقبہ، (۲) اس رقبہ کے بعض حصوں کا تقرح،

(۳) چھونے پر بافتوں کی خستگی، (۴) چھونے پر نزف کا وقوع۔

بالید سے پیدا شدہ ورم اور اس کے ارد گرد کے تصلب کی پوری وسعت اور رحم کی عمومی حرکت پذیری کا اندازہ کرنے کے لئے دو دستی امتحان مفید ہوتا ہے۔ آخریں سرطانِ عنق کے تمام اصابات میں مستقیمی یا متحد مستقیمی اور مہبلی امتحان کرنا چاہئے، کیونکہ اس طرح رحمی عجزی شکنوں اور رباطاتِ عریض کے قاعدوں کی دبازت براستہ مہبل امتحان کرنے کی نسبت زیادہ صاف طور پر محسوس کی جاسکتی ہے۔ نیز عنق کے فوق مہبلی حصہ کی موخر سطح کو معائے مستقیم میں سے چھوا جاسکتا ہے، اور اس مقام کے مرض کی وسعت کا بہتر اندازہ کیا جاسکتا ہے۔

گاہے گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ جب مرض سطحی تقرح کے واقع ہونے سے پہلے مشاہدہ میں آتا ہے تو اس کی تشخیص میں معتدبہ دقت پیش آتی ہے۔ کبھی کبھی ایک چھوٹا سا بیضا سرخ نشان دیکھنے میں آتا ہے جو کسی قدر مرتفع ہوتا ہے، اور جس سے فم داخلی کا کچھ حصہ ماؤف ہوتا ہے۔ سپیگل برگ (Spiegelberg) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ تندرستی کی حالت میں غشائے مخاطی عنق کی سطح پر کسی قدر حرکت پذیر ہوتی ہے، اور یہ مرض کے بہت ابتدائی درجہ ہی میں ماتحت خبیث بالید سے منضم ہوجاتی ہے، جس سے عنقی بافتوں کی لستگی بھیگے ہوئے ربڑ کی طرح محکم ہوجاتی ہے۔ بہرحال یہ امارت درون عنقی سرطان کے ان اصابات کے علاوہ جن میں عنق کے مہبلی حصہ کی سطح ماؤف نہ ہوئی ہو، دوسرے اصابات میں کچھ زیادہ کارآمد نہیں۔ ڈبلیو شلر (W. Schiller) نے حال ہی میں عنقِ رحم کے بدائی سرطانی سلعہ (incipient carcinoma) کی شناخت کا ایک آسان سریری طریقہ بیان کیا ہے[۱] جو تشخیص کے نقطۂ نظر سے کافی اہم ثابت ہوسکتا ہے۔ یہ کاشفہ مشتبہ عنق پر لوگل کا محلول (آئیوڈین، ۱ حصہ، پوٹاشیم آئیوڈائیڈ، ۲ حصہ، اور پانی ۳۰۰ حصہ) لگانے پر مشتمل ہے۔ اس سے تندرست بافتوں کی رنگت مہاگنی بھوری ہوجاتی ہے، اور مرض زدہ رقبہ جات سفید اور غیر ملون رہ جاتے ہیں۔ اسکی ترکیب آسان ہے، اور وہ یہ ہے کہ مہبل میں فرگسن کے منظار کے اندر سے ۱ تا ۱۵ مکعب سنٹی میٹر لوگل کا محلول ڈالدیا جاتا ہے۔

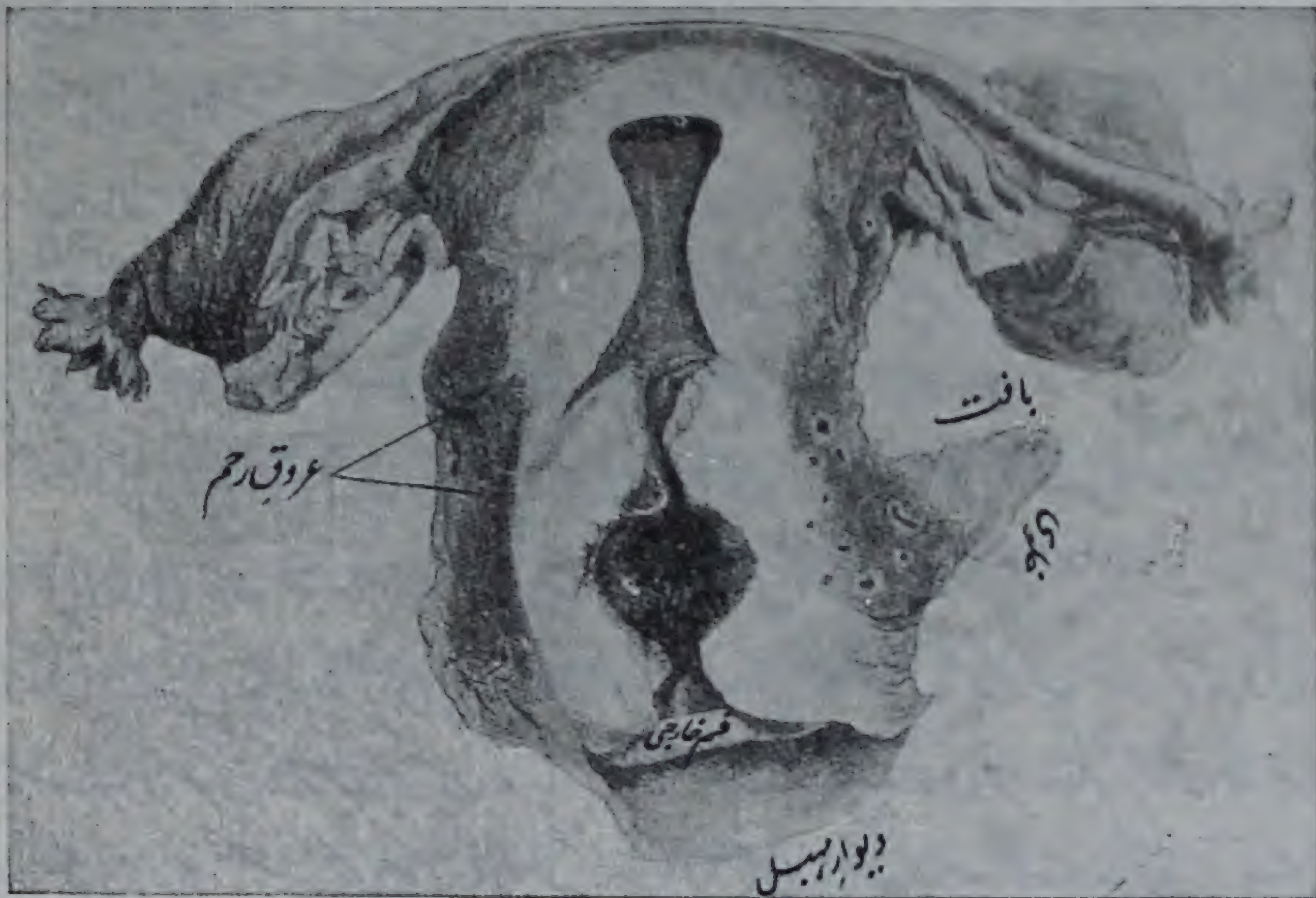
---

[۱] Surgery, Gynaecology and Obstetrics, 1933, February, 56, 210.

ایک منٹ ختم ہونے کے بعد محلول کو روئی کے پھاروں سے دُور کر دیا جاتا ہے، اور مہبلی عنق کا معائنہ عمدہ روشنی میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد غیر ملون رقبہ جات کو ایک تیز چمچہ سے آہستہ سے کھرچ لیا جاتا ہے، اور اس بافت کا خردبین سے امتحان کیا جاتا ہے۔ شلر کا کاشفہ، سرطان عنق کی بالکل ابتدا ہی میں مقامِ مرض معلوم کرنے اور اس کی تشخیص کے لئے، تقرح کے وقوع سے پہلے، بہت مفید ثابت ہوا ہے، اور یہ وہ درجہ ہے جس پر دوسرے طریقوں سے شناخت کرنا حقیقتہً نہایت مشکل ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ غیر ملون رقبہ جات کی تنہا موجودگی باعتبار تشخیصِ سرطان اہمیت نہیں رکھتی بلکہ ایسے رقبہ جات نہایت مشتبہ ہوتے ہیں، اور ان کا نہایت احتیاط سے نسیجیاتی امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عنق کے حصۂ مہبلی کے سرطان اور عنق کے دیگر غیر خبیث ضررات کی تفریقی تشخیص پر مزید بحث حصۂ چہارم میں کی گئی ہے، اور اس کا وہاں مطالعہ کرنا چاہئے (دیکھو صفحہ 777)۔

536

دروں عنقی سرطان کے سریری امارات۔ دروں عنقی قسم کا سرطان طبیعی امتحان سے اتنی آسانی سے شناخت نہیں کیا جا سکتا، جتنی آسانی سے کہ یہ اس وقت شناخت کیا جا سکتا ہے جبکہ یہ حصۂ مہبلی پر حملہ آور ہو۔ بالیدہ پہلے قنالِ عنق میں شروع ہوتی ہے، اور دوسری سمتوں کے مقابلہ میں فم خارجی کی سمت میں پھیلنے کی طرف کم رجحان ظاہر کرتی ہے۔ (دیکھو شکل ۳۰۸، صفحہ 516) تاوقتیکہ یہ زیادہ ترقی یافتہ درجہ تک نہ پہنچ جائے (دیکھو شکل ۳۲۴)۔ یہ مرض پہلے یعنی عضلی بافتوں میں دررِیزش پیدا کرتا ہے جس سے عنق عریض اور متصلب ہو جاتی ہے، اور فم خارجی اور مہبلی سطح غیر متاثر رہتے ہیں (دیکھو شکل ۳۰۷)۔ عنق کی جسامت میں ایک عمومی کلانی پیدا ہو جاتی ہے (دیکھو شکل ۳۲۵) اور یہ کثیف اور سخت ہو جاتی ہے۔ مہبلی قبوؤں میں سے انگلی کا دباؤ اوپر کی طرف ڈالنے سے فوق مہبلی عنق میں اس سلعہ کا حمل بعض اوقات معلوم کیا جا سکتا ہے۔ جسامت اور سنگی میں جو زیادتی واقع ہو جاتی ہے اس کی شناخت مستقیمی امتحان سے بہتر کی جا سکتی ہے، اور مرض کی حقیقی وسعت کا صحیح اندازہ اسی طریقہ سے کیا جا سکتا ہے جبکہ یہ عنق کے بالائی حصہ میں واقع ہو۔ عنق کے عمیق حصوں کی کثیف اور سخت کلانی جس کے ساتھ نزف بھی ہو اور فم خارجی غیر متاثر ہو ہمیشہ دروں عنقی سرطان پر دلالت کرتی ہے۔ یقینی طور پر تشخیص کرنے کے لئے قنال کے اندر سے ایک چھوٹے سے تیز چمچہ کے ذریعہ سے ایک ٹکڑا نکالنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ عرض

کافی ترقی یافتہ ہو جاتا ہے تو فم خارجی تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ تقرح سے کلائی یافتہ ہو جاتا ہے (دیکھو شکل ۳۲۳)، اور اس طرح بالید کا نچلا حصہ منکشف ہو جاتا ہے جو ایک کریہی اور خستہ تودہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ مرض کے کسی اور آئندہ درجہ میں تقرح سے ایک وسیع کاس نما کھفہ بن جاتا ہے جو مہبل سے مسلسل ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۲۴)۔

شکل ۳۲۵۔ درون عنقی سرطانی سلعہ (Endecervical Carcinoma)۔
عدید الولادت، عمر ۴۵ سال۔ عنق کا مہبلی حصہ ذبول یافتہ ہے۔ فوق مہبلی عنق محلِ مرض ہے، مرکزی کہفہ سب سے پرانے حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔ عنق کے حدود سے آگے اس نوساخت میں مرئی وسعت نہیں ہوئی۔

مرض کے مترقی مدارج میں سریری امارات۔ سرطانِ عنق کے ترقی یافتہ مدارج کا امتیازی خاصہ یہ ہے کہ گندیدہ مواد بکثرت خارج ہوتے ہیں جن کے ساتھ نزف بھی پایا جاتا ہے جو بعض اوقات مسلسل اور خفیف، اور بعض اوقات بے قاعدہ اور مفرط، اور کبھی کبھی ناقابل انسداد ہوتا ہے۔ شاذ شاذ اصابات میں ترقی یافتہ مدارج میں بھی نزف واقع نہیں ہوتا۔ اور

اگر واقع ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ انتہائی قسم میں عنق غائب ہو جاتی ہے، اور اس کی جگہ ایک بڑا سا کاس نما کہفہ پایا جاتا ہے جس کی دیواریں متصلب اور نشیب و فراز سے پُر ہوتی ہیں اور جو جسمِ رحم کے کہفہ کے نچلے حصہ تک چلا جاتا ہے اور مہبلی قبووں پر بھی کم و بیش اثر انداز ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۲۴)۔ یہ مرض بعض اوقات درحقیقت رحم کی دیواروں اور خاصکر اسکی مقدم دیوار پر سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے، اور تقریباً دہنۂ مہبل تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے تمام اصابات میں حوضی خلوی بافت ماؤف ہو چکتی ہے، اور اس امر کی شناخت مہبلی امتحان کی نسبت مستقیمی امتحان سے بہت زیادہ وضاحت سے کی جا سکتی ہے۔ مہبلی راستہ سے بالید کے عمیق اطراف کے حدود معلوم نہیں کئے جا سکتے، بلکہ تقرح سے پیدا شدہ کہفہ کے حدود ہی معلوم کئے جا سکتے ہیں۔ بخلاف اسکے مستقیمی یا مستقیمی مہبلی امتحان سے سلعہ کے تودہ میں ایک حیرت انگیز کلانی پائی جاتی ہے، اور یہ آگے کی طرف اور جانبین پر حوض کی عظمی دیواروں تک پھیلا ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف یہ اتنا بڑھ جاتا ہے کہ رودہ کے درونہ میں مخل ہوتا ہے۔ یہ تودہ ٹھوس اور سخت محسوس ہوتا ہے، اور اکثر الیم ہوتا ہے، اور اس درجہ پر یہ، اگر بالکل نہیں تو تقریباً حرکت ناپذیر ہوتا ہے۔

تکوینی (formative) قسم (دیکھو شکل ۳۲۲، صفحہ 528) کے مترقی مدارج میں ایک بڑا تودہ بن جاتا ہے، جو مہبلی قنال کے بالائی حصہ کو گھیر لیتا ہے، اور یہ یا تو عنق سے پیچیدہ ہوتا ہے اور یا اس کا قائم مقام ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس کی سطح تجاویف سے منقسم ہو کر ایک پیچیدہ حلیمی تودہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے، اور بعض اوقات یہ یکساں اور گول ہوتی ہے۔ دونوں حالتوں میں بالید کی رنگت تاریک ہوتی ہے اور اس پر سطحی اغشاش پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات سرطان کا تودہ اس قدر عظیم الجسامت ہوتا ہے کہ اس سے تمام مہبل پُر ہو جاتی ہے، اور جب شفرتین کو الگ کیا جاتا ہے تو یہ دہنۂ مہبل پر دکھائی دیتا ہے۔ اتنی مترقی حالتوں میں فم خارجی کا محل شاذ و نادر ہی معلوم کیا جا سکتا ہے۔ اس قسم میں بھی جس گہرائی تک مرض پھیلا ہوتا ہے وہ مستقیمی امتحان سے بہترین طور پر معلوم کی جا سکتی ہے۔ ایسے اصابات کو اغشاش یافتہ لیفیتی سعدانوں سے باحتیاط تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے، اور ایسا لیفیتی سعدانوں کی حالت میں ساقچہ کو شناخت کرنے سے جو رحم سے پیچیدہ ہوتا ہے ہمیشہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر بالید بڑی ہو تو انگلی کو اتنا اونچا

گذارنے کے لئے کہ وہ ساقچہ تک پہنچ جائے معدم حس کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں حالتوں میں اثنائے امتحان میں نزف اکثر بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ مرض کے ان ترقی یافتہ مدارج میں گندیدہ موادات عموماً پائے جاتے ہیں جو اکثر نہایت ہی بدبودار ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریضہ خود اس بدبو کو محسوس نہ کرتی ہو مگر یہ موادات بہت خراش آور ہوتے ہیں، اور ان سے التہاب فرج و سیع التہاب ادمہ کے ساتھ پیدا ہو جاتا ہے۔

عنق کے سرطان کے ترقی یافتہ مدارج میں عمومی علامات نمایاں ہو جاتے ہیں۔ لاغری نسبتًہ زیادہ دیر سے ظاہر ہوتی ہے، اور عمر رسیدہ عورتوں میں یہ بہر حال بہت آہستہ بڑھتی ہے۔ بے دمویت ہمیشہ سرطانی ضعف (cancerous cachexia) کا ایک جز ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات خون کے کئی مرتبہ زیادہ مقدار میں ضائع ہو جانے سے شدید بے دمویت اس سے پہلے ہی نمودار ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں ضعف کسی قدر جلد رونما ہو جاتا ہے، اور یہ اغلب ہے کہ بڑی بڑی متقیح یا متنخر بالیدوں سے سمی حاصلات کے جذب ہونے سے یہ زیادہ سرعت سے ظاہر ہوتا ہو۔ بھوک کی کمی اور رات کے درد سے پیدا شدہ بیخوابی کی وجہ سے عمومی صحت کی خرابی اور بھی بڑھ جاتی ہے۔

جب مقامی مرض دوسرے اعضائے حوض کو ماؤف کرتا ہے تو نئے علامات نمودار ہوتے ہیں۔ اس مرض میں جو میلان مثانہ کو ماؤف کرنے کی طرف پایا جاتا ہے، اسکی طرف پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے۔ لیکن اگر مثانہ کا مخاطیہ بچار ہے تو اسکی عضلی دیوار کا معتدبہ رقبہ بول الدم پیدا ہونے کے بغیر ماؤف ہو جاتا ہے۔ لہٰذا اس توسیع کا انکشاف بعض اوقات اسی وقت ہوتا ہے جبکہ تقیح واقع ہو جاتا ہے اور مثانی مہبلی ناسور کے بننے کا خطرہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ امراض النسا کے بہت سے ماہر سرجن مثانہ بینی کو سرطانِ عنق کے روزمرہ امتحان کا ایک لازمی جز تصور کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نوساخت کی توسیع سے اُس حالت میں بھی مثانہ کا قاعدہ ماؤف ہو جبکہ دو دستی امتحان پر رحم حرکت پذیر ثابت ہو۔ جو حملہ اوائل ہی میں ہوتا ہے اسکی شناخت منخفض المقام تہیج کے رقبہ جات، مثانہ کے مخاطیہ کی تاریک ارغوانی رنگت، یا ماؤف رقبہ پر چھوٹی چھوٹی وریدوں کے ایک "برش" کے موجود ہونے سے کی جا سکتی ہے۔ متأخر درجہ میں بالید کے چھوٹے چھوٹے حبقبقی کر بچوں کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے جن کی وجہ سے "مثلث" کے خطہ کا مخاطیہ مرتفع ہو جاتا ہے۔ ناسور سے جو سلس البول

اور التہاب مثانہ پیدا ہوتے ہیں ان سے مریضہ کی مصیبت بہت بڑھ جاتی ہے، اور جو حالت اسکی مرض کے اس درجہ پر ہوتی ہے اس سے زیادہ قابل رحم کوئی چیز تصور میں لانا مشکل ہی سے ممکن ہے۔ گاہے گاہے حملہ آور بالید سے ایک حالب جزوی طور پر مسدود ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں اس کا قربی حصہ متسع ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ متناظر گردہ کی وظیفی فعالیت میں فرق آجاتا ہے۔ تقیح سے بعض اوقات مہبل کی چھت میں حالبی ناسور بن جاتا ہے۔ التہاب مثانہ یا حالبین کے حوضی حصہ کے تقیح سے گردوں کی صعودی سرائت واقع ہو جاتی ہے، اور اس پیچیدگی سے مریضہ کا جلد ہی خاتمہ ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات علامات کا ایک اور سلسلہ کہنہ رحم کی سرائت سے پیدا ہو جاتا ہے جو مواداات کے مہبل میں خارج نہ ہو سکنے کی وجہ سے رحمی اجتماع ریم (pyometra) پر منتج ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 418)۔ سرائت زدہ دروں رحمہ سے بلاواسطہ توسیع کے ذریعہ سے ایک یا دونوں طرف انبوبی اجتماع ریم (pyosalpinx) پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس کے بعد ازاں عفونتی التہاب باریطون واقع ہو جاتا ہے جو لازمی طور پر جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ سرطان عنق کے آخری مدارج میں ارتفاع تپش، اور تسمم دشلم کو عام طور پر ان پیچیدگیوں کے وجود کی دلیل تصور کیا جا سکتا ہے۔

عنقِ رحم کے سرطان کا علاج۔ اس کتاب کی سابقہ طباعتوں میں یہ بیان کیا گیا ہے کہ جب عنقِ رحم پر سرطان کا حملہ ہو تو اس عضو کا استیصال، جس کے ساتھ اسکے زوائد اور اردگرد کی حوضی خلوی بافت اور عروق لمف کو بھی دور کر دیا جائے، شفایابی کا واحد امکان ہے لیکن اس زمانہ میں اس کو تسلیم نہیں کیا جا سکتا۔ ریڈیم سے علاج کرنے سے جو نتائج کئی سالوں میں یورپ اور امریکہ کی مشہور و معروف سریریات گاہوں میں حاصل کئے گئے ہیں ان کو جمع کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ بہت سے اصابات میں علاج بالتشعیع بھی شفایابی کی شرح فیصدی کے لحاظ سے اتنا ہی کامیاب ہے، اور ساتھ ہی اس میں موت کا اتنا زیادہ خطرہ بھی نہیں جتنا کہ استیصالی جراحی علاج میں ہوتا ہے۔ لہٰذا یہ ایک قدرتی امر ہے کہ بہت سے مراکز علاج میں سرطانِ رحم کے علاج کیلئے ورتہائیم (Wertheim) کے وسیع استیصال رحم کے عملیہ کی جگہ ریڈیم کا استعمال رائج ہو گیا ہے۔ تاہم یہ خیال بھی ضرور رکھنا چاہئے کہ اگرچہ جدید علاج کا رجحان علاج بالتشعیع کی طرف بڑھ رہا ہے لیکن معالجاتی طریقوں کے اختیار کرنے

کے متعلق ابھی تک کوئی متفقہ فیصلہ نہیں ہوا۔ امراض النسا کے بعض تجربہ کار جراح جن میں سے اس ملک (انگلستان) میں وکٹر بونی (Victor Bonney) اور فرانس میں جے۔ ایل۔ فار (J. L. Faure) قابل ذکر ہیں ورتھائیم کی شکمی رحم برآری (Wertheim's abdominal hysterectomy) کو اب تک بھی منتخب طریقہ تصور کرتے ہیں، اور یہ اغلب ہے کہ بعض جراح اس طریقہ کو، خاصکر بالیدگی نوآغاز اور عملیہ پذیر قسم کے لئے، ایسا ہی تصور کرتے رہیں گے۔ سرطانِ عنق کے علاج میں جراحی اور ریڈیم کا معالجاتی طریقوں کے لحاظ سے، مقابلہ کرنا اتنا آسان کام نہیں جتنا کہ یہ سطحی طور پر دکھائی دیتا ہے۔ صرف اتنا ہی سوال نہیں کہ ہر ایک طریقہ سے حاصل شدہ فوری موت اور مابعد شفایابی کے اعداد وشمار کا مقابلہ کر لیا جائے بلکہ جیسا کہ بونی بیان کرتا ہے تمام اصابات کے تشعیع سے حاصل شدہ نتائج کا ان نتائج سے مقابلہ کیا جائے جو تشخیص اور عملیہ کے درمیان مناسب انتخاب کرنے سے حاصل ہوں۔ جب کوئی بالیدہ صرف عنق تک ہی محدود ہو تو ریڈیم کے مناسب استعمال سے بہت سے اصابات میں ورتھائیم کی رحم برآری کے ۱۶ فیصدی عملیتی خطرہ کے بغیر ہی مکمل و مستقل شفا ہو جاتی ہے۔

جو سریری وقت ہمیشہ پائی جاتی ہے وہ یہ معلوم کرنا ہے سرطانی سلعہ کی توسیع سے حوض کے لمفی غدد ماؤف ہو چکے ہیں۔ ریڈیم کے علاج کی ناکامی ایسے اصابات میں جن میں مرض بظاہر اوائل ہی میں ہوتا ہے، اگر تمام تر نہیں تو بیشتر ان حالتوں میں پائی جاتی ہے جن میں غدد ماؤف ہو چکتے ہیں۔ جب کوئی ایسا طریقہ صحیح طور پر معلوم ہو جائے گا جس سے حوض کی دیوار پر کی خلوی بافت اور ماؤف غدد پر شعاعیاتی طریقوں مثلاً ریڈیم "بمب" ("beam" therapy) (radium "bomb") کے ذریعہ سے علاج "بالشعاعہ" یا عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) کا استعمال کامیابی سے کیا جا سکے گا، تو ریڈیم کو بلاشبہ فوقیت حاصل ہو جائے گی۔ ہمارا یہ خیال ہے کہ اس وقت کے آنے تک جراحی علاج تنہا، یا ان مفید نتائج کو مفید تر بنانے کے لئے جو ریڈیم سے حاصل ہو چکے ہیں، سرطانِ عنق کے علم العلاج میں شامل رہے گا۔ بونی نے موجودہ صورتِ حالات کا جو کار آمد خلاصہ حال ہی میں پیش کیا ہے اسکے مطابق عنق کے سرطانی سلعہ کے اصابات چار گروہوں میں منقسم ہیں۔

539

(۱) وہ جن میں صرف عملیہ سے شفا حاصل ہو سکتی ہو (عنق، خلوی بافت اور لمفی غدد ماؤف ہوں)۔

(۲) وہ جن میں مہبل میں سے ریڈیم کا استعمال کرنے سے شفا حاصل ہو سکتی ہو (وہ بالیدیں جو صرف عنق تک ہی محدود ہوں، اور لمفی غدد ماؤف نہ ہوں)۔

(۳) وہ جن میں عملیہ سے، یا مہبل میں سے ریڈیم کا استعمال کرنے سے شفا حاصل ہو سکتی ہو (مقامی بالیدیں جن میں لمفی غدد ماؤف نہ ہوں)۔

(۴) وہ جن میں دونوں طریقوں میں سے کسی ایک سے شفایابی ممکن نہ ہو (وہ مترقی بالیدیں جن میں متصلہ بافتیں اور لمفی غدد وسیع پیمانہ پر ماؤف ہوں)۔

اس قسم کی تقسیم کا یہ مطلب ہے کہ سریری طور پر یہ ضرور فیصلہ کر لیا جائے کہ کون سے اصابات "قابل عملیہ" ہیں اور کون سے "ناقابل عملیہ"۔ کسی اصابہ کو اس وقت قابل عملیہ کہا جا سکتا ہے جبکہ تمام مرض کو استیصالی عملیہ سے دور کر دینے کا ایک معقول امکان موجود ہو۔ رحم میں وسعتِ مرض کا اندازہ کرنے کی مشکلات خاص طور پر زیادہ ہیں، کیونکہ جن لمفی غدد سے عنق کی سیلیت ہوتی ہے ان کا محل وقوع ایسا ہے کہ سریری امتحان سے ان تک رسائی نہیں ہو سکتی۔ لہٰذا اس سوال کا فیصلہ زیادہ تر مقامی حالات کے لحاظ سے کرنا چاہئے مگر مریضہ کی عمومی حالت اور شدید جراحی ضربہ کو برداشت کرنے کی قوت کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔ جہاں تک مقامی حالات کا تعلق ہے صرف دو امور کا خیال رکھنا چاہئے جن پر اعتماد کیا جا سکتا ہے، یعنی رحم کس درجہ تک حرکت پذیر ہے، اور اردگرد کی بافتیں کس حد تک ماؤف ہیں۔

حرکت پذیری دودستی امتحان کے دوران میں انگلیوں سے شناخت کی جا سکتی ہے، اور یہ احتیاط سے معلوم کیا جاتا ہے کہ عنق کس حد تک تمام سمتوں میں حرکت کرتی ہے۔ بعض اوقات عنق کے کسی تندرست حصہ کو منتاش (Volsella) سے پکڑ کر فرج کی طرف آہستہ سے کھینچ لینا ممکن ہوتا ہے۔ صاحب ولادت عورت میں طبعی حرکت پذیری اتنی ہوتی ہے کہ عنق نیچے کی طرف کو فرج تک کھینچی جا سکتی ہے۔ اگر اس حرکت پذیری میں ذرا سی کمی پائی جائے تو یہ ہرگز عملیہ کے منافی نہیں۔ تثبیت کے زیادہ مترقی مدارج پر گردونواح کے تصلب کی وسعت کے ساتھ غور کرنا چاہئے اور جب عنق کی حرکت پذیری بہت کم ہو چکی ہو تو گردونواح کی دریزش کی شہادت بالعموم واضح ہوتی ہے۔

گردو نواح کی بافتوں کی حالت معلوم کرتے وقت کسی قدر احتیاط ضروری ہوتی ہے۔ ضمیمہ جات کی مزمن سرائت سے پیدا شدہ التہابی دبازت کی شناخت صرف اسی وقت یقینی طور پر کی جا سکتی ہے جبکہ منبسع نلی کا مبیض خاکہ معلوم کیا جا سکتا ہو۔ بعض اوقات مہبل کی مقدم دیوار کے بالائی حصہ کے نیچے تصلب کی ایک تہ محسوس کی جا سکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں مثانہ کا فرش تقریباً یقینی طور پر متاثر ہوتا ہے، اور مثانہ بین سے امتحان کرنے پر اس کے واضح نشانات پائے جا سکتے ہیں۔ رحمی عجزی شکنوں اور رباطاتِ عریض کے قاعدوں کی حالت اکیلے مہبلی امتحان کی نسبت مستقیمی مہبلی امتحان سے زیادہ اچھی طرح معلوم ہو سکتی ہے، اسلئے براستہ معائے مستقیم امتحان کرنے کی اہمیت پر پھر زور دینا چاہیے۔ مترقی اصابات میں یہ محسوس کیا جا سکتا ہے کہ تصلب کا تودہ ایک یا دونوں جانبوں پر، باہر کی طرف حوض کی عظمی دیوار تک پھیلا ہوا ہے۔ 540

مشتبہ اور حائد اصابات میں شکم میں ایک شگاف دیکر وسعتِ مرض کا احتیاط سے استقصاء کرنے سے مزید معلومات حاصل کی جا سکتی ہیں۔ اس طریقۂ عمل کی اہمیت بہت زیادہ ہے، یعنی علاج مابعد آیا جراحی ہوگا یا شعاعیاتی۔ شکم شگافی میں بذاتہ کوئی خطرہ نہیں، اور اگر ہے بھی تو بہت کم، اور جب کبھی جراح کو یہ شبہ ہو کہ آیا کوئی اصابہ قابلِ عملیہ ہے یا نہیں، تو مرض کے ازالہ کی امید اس وقت تک ترک نہ کرنا چاہیئے جب تک کہ شکم کا استقصاء نہ کر لیا جائے۔ اس حالت میں بھی جبکہ ریڈیم کا علاج پسند کیا جاتا ہو اس (علاج) کو حوضی عروقِ لمف کے استیصال کے ساتھ ملانے کا موقع مل جاتا ہے، اور یہ طریقہ جیسا کہ معلوم ہوتا ہے، بعض سریریات گاہوں میں مقبول ہو رہا ہے۔

ایسے اصابات یقیناً ناقابلِ عملیہ ہوتے ہیں جن میں جریانِ خون سے شدید بے دمویت پیدا ہو گئی ہو، یا ضعف کے امارات موجود ہوں، یا عنق گردو نواح کے بہت سے تصلب سے مثبت ہو گئی ہو، یا جبکہ دوسرے اعضا کے ساتھ ناسوری روابط پیدا ہو گئے ہوں۔ ایسے اصابات یقیناً قابلِ عملیہ ہوتے ہیں جن میں عنق کی بیشتر حرکت پذیری برقرار ہو، رباطات بہت کم دبازت یافتہ ہوں، اور مریضہ کی عمومی حالت پر کوئی اثر نہ ہوا ہو، اور اگر ہوا بھی ہو تو یہ زیادہ خراب نہ ہوئی ہو۔ ان حدود کے درمیان بہت سے اصابات دیکھنے میں آتے ہیں جو مشتبہ ہوتے ہیں اور جن میں انذار کے متعلق بہت احتیاط لازم ہوتی ہے،

قطع نظر اس کے کہ علاج شعاعیاتی ہو یا جراحی۔

سرطانِ عنق کی اس سرسری تقسیم کو، جو "قابلِ عملیہ" اور "ناقابلِ عملیہ" دو گروہوں میں کی گئی ہے، اگرچہ خالص جراحی علاج کے نقطۂ نظر سے بہت نمایاں اہمیت حاصل ہے، لیکن ریڈیم کے علاج کے نقطۂ نظر سے یہ بالکل ناقابلِ اطمینان ہے۔ لہٰذا اعداد و شمار کے مقاصد کے لئے ریڈیم کے اکثر مطبات میں ایک زیادہ مفصل تقسیم اختیار کی گئی ہے جو مرض کے مدارج پر مبنی ہے۔ ڈوڈرلین نے جو گروہ بندی پیش کی ہے اسے عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے، اور اب مجلسِ اقوام کے شعبۂ اصولِ صحت کے شعاعیاتی کمیشن نے بھی اس کو اختیار کر لیا ہے۔ ذیل میں اس کا ذکر کیا جاتا ہے۔

درجۂ اول۔ بالیدہ صرف عنق تک ہی محدود ہوتی ہے۔ رحم حرکت پذیر ہوتا ہے۔

درجۂ دوم۔ ضرر ایک یا ایک سے زائد قبووں میں پھیل جاتا ہے، اور اس کے ساتھ رحم کے ہم پہلو نزد رحمہ کی درریزش کبھی موجود ہوتی ہے اور کبھی نہیں۔ رحم میں کسی قدر حرکت پذیری برقرار رہتی ہے۔

درجۂ سوم۔ (ا) ایک یا دونوں جانبوں پر نزد رحمہ میں کربیچی درریزش پائی جاتی ہے جو حوض کی دیوار تک پھیلی ہوتی ہے، اور رحم کی حرکت پذیری محدود ہوتی ہے، یا ایک نزد رحمہ میں جسیم درریزش پائی جاتی ہے اور رحم مثبت ہوتا ہے۔ (ب) مہبل کے ایک بڑے حصہ میں کم و بیش سطحی درریزش پائی جاتی ہے، اور رحم حرکت پذیر ہوتا ہے۔ (ج) حوضی غدد میں منفرد سروحات (metastases) پائے جاتے ہیں، اور ابتدائی بالیدہ کی جسامت نسبتہً چھوٹی ہوتی ہے۔ (د) مہبل کے نچلے حصہ میں منفرد سروحات پائے جاتے ہیں۔

541

درجۂ چہارم۔ (ا) وہ اصابات جن میں دونوں نزد رحمہ جات میں جسیم درریزش موجود ہوتی ہے جو حوض کی دیواروں تک پھیلی ہوتی ہے۔ (ب) سرطانی سلعہ جس سے مثانہ اور معائے مستقیم ماؤف ہوتے ہیں۔ (ج) تمام مہبل درریختہ ہوتی ہے یا اسکے تمام طول میں درریزش موجود ہوتی ہے اور ابتدائی بالیدہ مثبت ہوتی ہے۔ (د) بعید سروحات پائے جاتے ہیں۔

وہ تمام اصابات جو درجۂ دوم اور درجۂ چہارم کے تحت نہیں آتے ان کو عموماً درجۂ سوم

کے تحت رکھا جاتا ہے۔ جراحی نقطۂ نظر سے جو اصابات "قابل عملیہ" ہوتے ہیں ان کو درجۂ اول و دوم میں رکھا جاتا ہے، اور موخر الذکر درجہ اصابات کے "حائد" گروہ پر لازمی طور پر مشتمل ہے۔ درجۂ سوم و درجۂ چہارم بلاشبہ "ناقابل عملیہ" ہیں، اور درجۂ چہارم کو عام طور پر "لاعلاج" تصور کیا جاسکتا ہے خواہ علاج کے موجودہ ممکن الحصول طریقوں میں سے کوئی سا بھی کیوں نہ اختیار کیا جائے۔

سرطانِ عنق کے شعاعی علاج کی ترکیب عمل۔ رحم کے سرطانی سلعہ کے موثر شعاعی علاج کا مقصد یہ ہے کہ نوساخت کے ہر خلیہ کو کثیر التواتر ارتعاشات (جن کو "گاما شعاعیں" "-rays" کہا جاتا ہے) کا مہلک معتاد دیا جائے اور تشیع کے ماسکہ کے قرب وجوار کی تندرست بافتوں میں تنخر پیدا نہ ہونے پائے۔ ایسا یا تو ریڈیئم کے ایک نمک (ریڈیئم سلفیٹ) کے استعمال سے کیا جاتا ہے جس کا انساق رحم سے بلاواسطہ کیا جاتا ہے اور جو موزوں طاقات (applicators) میں بند ہوتا ہے، یا ریڈیئم کی ایک بڑی مقدار (۱تا۵ گرام یا اس سے زائد) سے عمل میں لایا جاتا ہے جو ایک آلہ میں جسے "ریڈیئم بمب" کہا جاتا ہے ضرر سے کچھ فاصلہ پر رکھی جاتی ہے۔ موخر الذکر کا ایک متبادل طریقہ "عمیق" یا "ارلانجن" ("Erlangen") کا اشعاع ہے جو لاشعاعوں کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے، اور سیٹز (Seitz) اور ونٹز (Wintz) کی تحقیقات پر مبنی ہے۔ "ریڈیئم بمب" کے استعمال اور ارلانجن کے علاج کی خاص ترکیب کا تفصیلی بیان شعاعیاتی علم طب کی کتابوں میں دیکھنا چاہیئے۔ بہر کیف یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ جن سرریات گاہوں میں ان ایام میں سرطانِ رحم کا علاج کیا جاتا ہے، ان میں سے اکثر میں ریڈیئم کے راست الساق اور بعید علاج کو جو "ریڈیئم بمب" یا "عمیق لاشعاعوں" کے ذریعہ سے کیا جاتا ہے، متحد کرنے کی اہمیت تسلیم کی جاچکی ہے۔

اب ہم ان طریقوں کا ذکر کرینگے جو سرطان زدہ عنق کو ریڈیئم لگانے کے لئے موجودہ زمانہ میں مستعمل ہیں۔ ان کی فنی تفصیلات ابھی تک متفقہ طور پر طے نہیں ہوئیں، اس لئے یہاں ان طریقوں کا بیان کرنا ضروری ہے جو آجکل سب سے زیادہ رائج ہیں۔

یہ طریقے "پیرس" کی ترکیب عمل ("Paris" technique) اور "سٹاکہالم" کا علاج ("Stockholm" treatment) ہیں۔ قبل الذکر پیرس کے ریڈیئم کے ادارہ

(Institut du Radium) میں اور موخر الذکر سٹاکہالم کے ریڈیئم ہمٹ (Radiumhemmet) میں رائج ہے۔

خواہ کوئی طریقہ بھی اختیار کیا جائے ریڈیئم کے علاج کی بعض ابتدائی تفصیلات کا خیال رکھنا چاہیئے۔

سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ ریڈیئم کے لگانے سے قبل پیش عملیتی علاج کو مکمل طور پر اور بار بار عمل میں لانے سے مقامی عفونت کا ازالہ کر دیا جائے۔ اگر کسی بالبید کی سطح ثانوی طور پر سرائت زدہ ہو، اور خاصکر جبکہ ارتفاع تپش موجود ہو تو شعاعیاتی علاج کو اس وقت تک ملتوی رکھنا چاہیئے جب تک کہ یہ پیچیدگی رفع نہ ہو جائے۔ پیرس کے لیکیسین (Lacassagne) کا یہ بیان ہے کہ "امراض النساء میں ریڈیئم کے علاج کے بعد فوری موت کی تمام تر وجہ سرائت ہے اور اسکی شرح ۲ فیصدی ہے"۔ اگر عفونت کی موجودگی میں تشیع مہلک ثابت نہ بھی ہو تو بھی یہ سرائتی اعمال کی ابتدا کر دیتی ہے جو علاج میں مخل ہوتے ہیں، اور جب سرطاناتِ رحم بہت زیادہ سرائت زدہ ہوں تو ریڈیئم سے علاج کرنا غیر ممکن ہوتا ہے۔ جو مسبب عضویات سب سے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں وہ خون پاش نبقات سبحیہ (hæmolytic streptococci) اور عصیۂ ہادمیہ (Bacillus perfringens) ہیں، اور بعض ارباب سند ان عضویات کی موجودگی کو ریڈیئم کے علاج کے لئے مانع تصور کرتے ہیں۔ رحمی اجتماعِ ریم (pyometra) پر بھی یہی صادق آتا ہے اور شعاعیاتی علاج شروع کرنے سے پہلے اسے ضرور شناخت کر کے اس کی مسیلیت کر دینا چاہیئے۔

سابق الوجود عفونت کے پائے جانے کے امکان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ علاج کی ابتدا سے پہلے احتیاط سے تحقیقات ضرور کر لی جائے جو معدم حس کے زیر اثر بہتر کی جا سکتی ہے۔ 542 اس قسم کی تحقیقات سے قنالِ عنق کا تمہیدی اتساع کرنے، اور خوردبینی امتحان کے لئے بالبید کا کچھ حصہ حاصل کرنے، اور یہ فیصلہ کرنے کے لئے موقع مل جائے گا کہ آیا بالبید ریڈیئم کے علاج کے لئے موزوں ہے یا نہیں۔ جن اصابات میں وسیع نو ساختوں سے معائے مستقیم اور مثانہ ماؤف ہو گئے ہوں ان میں اس علاج سے زیادہ فائدہ ہونے کا امکان نہیں ہوتا اور ریڈیئم کے غیر مناسب استعمال سے متصلہ احشاء کے درمیان ناسوری ربط جلد پیدا ہونے کا

احتمال ہوتا ہے۔ لہٰذا تمہیدی امتحان اور معائنہ یہ فیصلہ کرنے کی غرض سے بھی مفید ثابت ہوتا ہے کہ مریضہ کے لئے موزوں ترین الصاق کس قسم کا ہوگا۔

بعض اربابِ سند کا، جن میں سے سٹاک ہالم کے ماہرین قابلِ ذکر ہیں، یہ خیال ہے کہ ریڈیئم سے علاج کرنے سے بیشتر خون کا تفریقی شمار ضروری ہوتا ہے۔ اگر مریضہ کے خون سے قلتِ خلیاتِ ابیض (leucopænia) یا اضافی قلتِ خلیاتِ لمف (lymphopænia) ظاہر ہو تو یہ اس امر کی دلیل سمجھی جاتی ہے کہ اوسط معتاد سے کم مقدار دی جائے۔ اگر خون کا شمار رو باصلاح ہو جائے تو بعد کے الصاقات کیلئے معتاد زیادہ کیا جا سکتا ہے، اور اگر ایسا نہ ہو اس میں کمی کر دی جاتی ہے۔ تصویرِ خون کے مطابق ریڈیئم کی مقدار کی تعیین کا ایک فائدہ یہ ہے کہ شدید متلی اور ریڈیئم کے مرض (radium sickness) میں کمی ہو جاتی ہے جو بعض مریضوں میں اس علاج کی ایک بہت تکلیف دہ خصوصیت ہوتی ہے۔

ریڈیئم پلاٹینم کی چھوٹی چھوٹی نلیوں یا سوئیوں کے ذریعہ سے جن میں ریڈیئم سلفیٹ بند ہوتا ہے رحم اور نزد رحمہ کو براہِ راست لگایا جاتا ہے۔ یہ نلیاں یا سوئیاں موزوں الصاقات میں رکھی ہوتی ہیں جو اس طرح بنے ہوتے ہیں کہ "تقاطعی اشعاع" ("cross-fire") سے نہ صرف نوساخت ہی کی تشعیع ہو بلکہ جہاں تک ہو سکے اردگرد کے خلوی اور لمفی میدان کی بھی تشعیع ہو جائے، جس میں ممکن ہے کہ خبیث خلیات نفوذ کر گئے ہوں۔ پلاٹینم کی دھات کا استعمال اسلئے کیا جاتا ہے کہ یہ ریڈیئم سے خارج شدہ "بیٹا" شعاعوں ("β"-rays) کو الگ کرنے کے لئے بہترین مقطار ہے، اور جیسا کہ تجربہ سے ظاہر ہوا ہے یہی شعاعیں تندرست بافتوں میں تنخز اور "ریڈیئم کے احتراقات" ("radium burns") کے پیدا کرنے کی بیشتر ذمہ دار ہیں۔ ۰٫۶ ملی میٹر پلاٹینم ۹۹٫۹ فیصدی مضر بیٹا شعاعوں کو جذب کر لیتا ہے۔

دوسری دھاتوں مثلاً ایلومینیئم، پیتل، تانبے، سیسہ، چاندی، اور سونے میں بھی تقطیری خواص موجود ہیں، اور یہ پردوں کے لئے موزوں ہیں، لیکن یہ زیادہ موثر نہیں، اور اس لئے دھات کی نسبتہً زیادہ موٹائی کی ضرورت ہوتی ہے۔ مناسب پردوں کے استعمال کی اہمیت پر جتنا بھی زور دیا جائے کم ہے، کیونکہ "گاما" شعاعوں ("γ"-rays) کے خلاف "بیٹا" شعاعوں کا فعل غیر انتخابی ہوتا ہے، اور یہ تندرست اور خبیث خلیات دونوں کو تقریباً مساوی طور پر تباہ کر دیتی ہیں۔

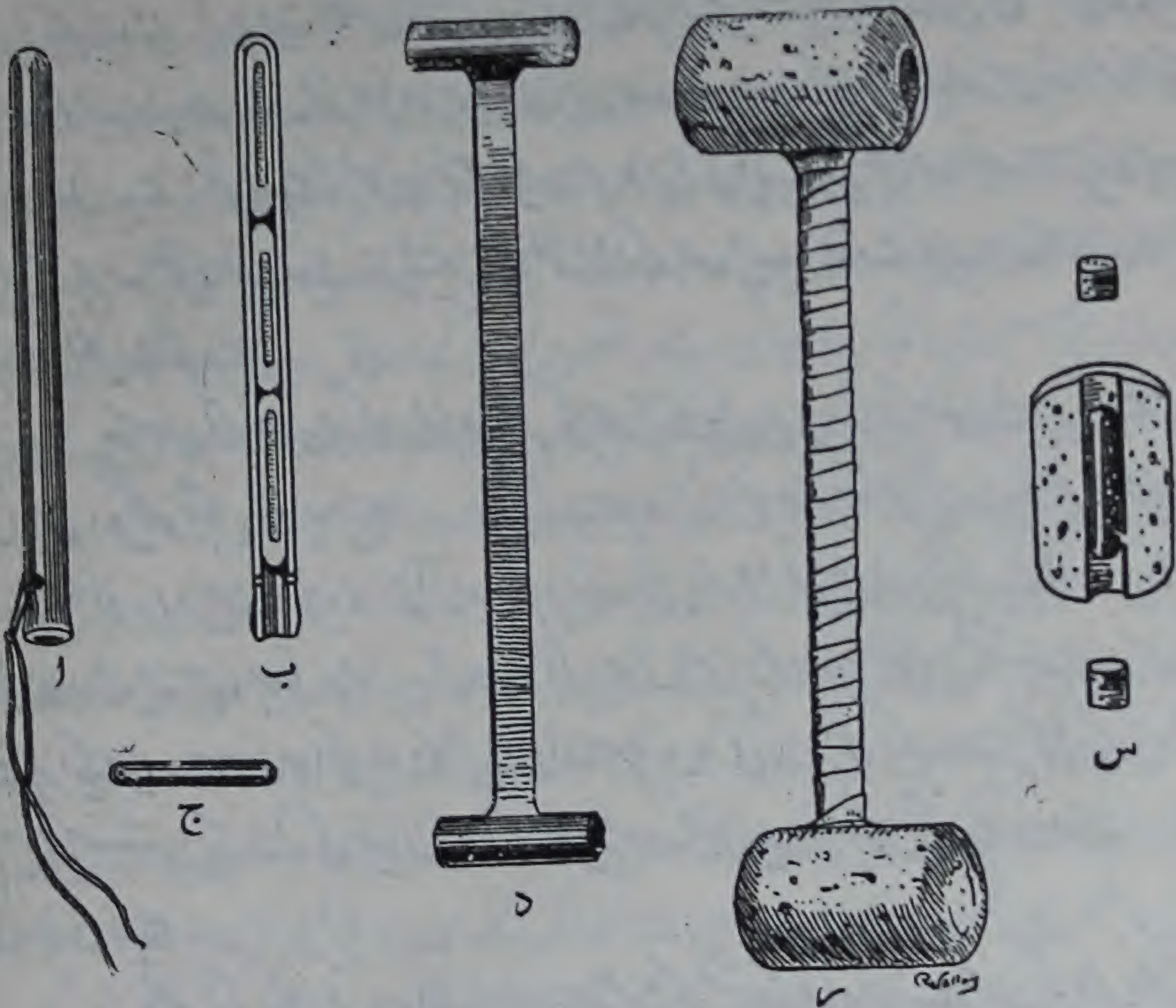
"پیرس کی ترکیب عمل" ("Paris technique") کا جسے ریڈیم کے ادارہ (Institut du Radium) کے ریگاڈ (Regaud) اور لیکیسین (Lacassagne) نے پیش کیا ہے، مقصد یہ ہے کہ تمام خبیث خلیات کو ایک ہی طویل علاج کے دوران میں تباہ کر دیا جائے۔ یہ طریقہ اس نظریہ پہ مبنی ہے کہ اگر خبیث خلیات کی اتنی تشعیع کی جائے کہ وہ ان کو تباہ کرنے کے لئے کافی نہ ہو تو ان میں بعد کے الساقات کے لئے کسی قدر مناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طبعی بافتوں میں اسی طرح کی ایک تدریجی حساسیت پیدا ہو جاتی ہو، کیونکہ جو سرطلمی سلعات ریڈیم کے علاج کے بعد پیدا ہوتے ہیں ان کا علاج خاص طور پر بہت مشکل ہوتا ہے۔

پیرس کے علاج کے لئے پلاٹینم کی چھ نلیاں جن میں ریڈیم سلفیٹ ہوتا ہے، درکار ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۳۲۶ ج)۔ ان میں سے چار میں ۱۳،۳۳ ملی گرام ریڈیم کا نمک ہوتا ہے، اور دو میں ۶،۶۶ ملی گرام۔ ہر ایک نلی ۲۰ ملی میٹر لمبی ہوتی ہے، اور ریڈیم اسکے وسطی ۱۵ ملی میٹر میں ہوتا ہے۔ یہ نلیاں دو گروہوں یعنی رحمی اور مہبلی میں تقسیم ہیں، جن میں سے ہر ایک میں ۱۳،۳۳ کی دو اکائیاں اور ۶،۶۶ ملی گرام کی ایک اکائی ہوتی ہے۔ رحم میں استعمال کرنے کی نلیاں ۱،۵ ملی میٹر اور مہبل میں استعمال کرنے کی صرف ۱ ملی میٹر موٹی ہوتی ہے۔

543

ریڈیم کے لگانے سے ایک دن پہلے عنق کو متسع کر لیا جاتا ہے، اور اگر اس عملیہ کے بعد تپش میں کوئی اضافہ ہو جائے تو بافتوں کی تشعیع کو ملتوی کر دیا جاتا ہے۔ پیرس کی سریریات گاہ (Paris clinic) میں جرف (curettage) یا بافتوں کو کھرچنے کا کوئی عمل نہیں کیا جاتا۔ ریڈیم کا دررحمی الساق تین رحمی نلیوں کے داخل کرنے سے کیا جاتا ہے جو ربڑ کے ایک پتلے سے غلاف میں، جس کی موٹائی ۱،۵ ملی میٹر ہوتی ہے، اس طرح رکھی ہوتی ہیں کہ ان کے سرے ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۲۶ ا اور ب)۔ رحمی نلی کہفۂ رحم کے تمام طول میں قعر سے لیکر فم خارجی تک آنی چاہئے، اور اگر رحم غیر معمولی طور پہ بڑا ہو تو تین نلیوں کی بجائے، جن کا عموماً استعمال کیا جاتا ہے، چار نلیاں استعمال کی جا سکتی ہیں۔

نزدرحمہ جات کی تشعیع ۱۳،۳۳ ملی گرام اکائی کے مہبل کے ہر جانبی قبوہ میں رکھنے سے

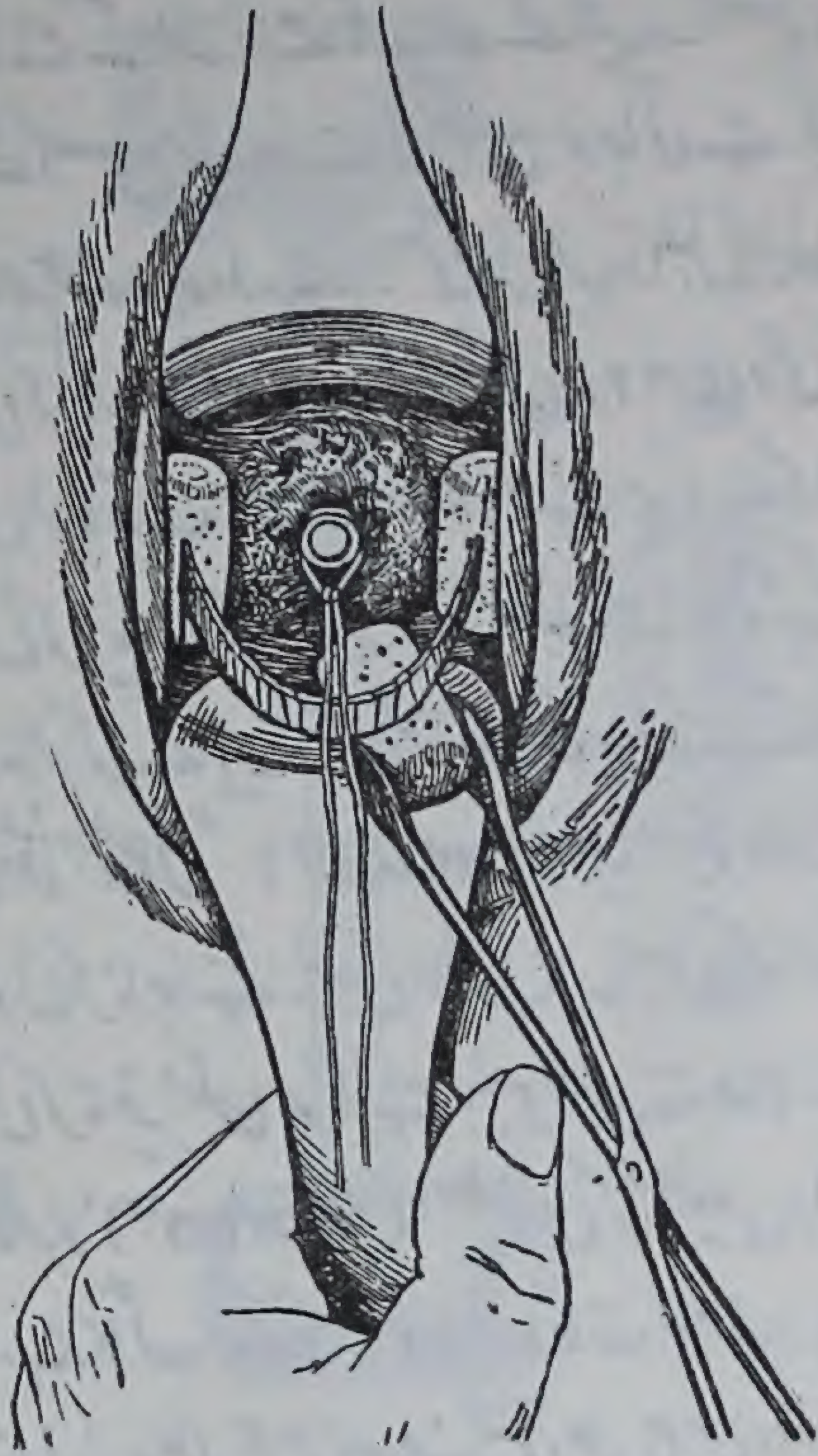
کی جاتی ہے۔ ریڈیئم کی ہر ایک نلی کاگ کے مرکز میں جمادی جاتی ہے تاکہ ۵ ملی میٹر ثانوی تحجیب

شکل ۳۲۶۔ "پیرس" کی ترکیب عمل سے عنقی سرطانی سلعہ کا ریڈیئم سے داخلی رحمی مہبلی علاج کرنے کا آلہ۔ (ا) ربڑ کی نلی جس میں رحم کے لئے تابکار نلی رکھی جاتی ہے۔ (ب) ربڑ کی نلیوں میں تابکار نلیوں کی ترتیب۔ (ج) ریڈیئم کی نلی۔ (د) مہبلی مقوِم (vaginal colpostat) کا فلزاتی حصہ۔ (ما) مہبلی مقوم جو لگانے کے لئے طیار کیا گیا ہے۔ (س) مہبلی مقوم کے کاگ میں ریڈیئم کی نلی کو بٹھا دیا گیا ہے۔

(secondary screenage) قائم ہو جائے (دیکھو شکل ۳۲۶ 'س') اور ایک

کمانی دار آلہ سے جس کا نام "مہبلی مقوّم" ("colpostat") ہے اسے آسانی سے لگا دیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۳۲۶، د اور س)۔ جب مہبلی مقوّم ٹھیک بیٹھ جاتا ہے تو کاگ کے ملساقات (cork applicators) کے طویل محور سہمی مستوی میں واقع ہوتے ہیں، اور متناظر مہبلی قبوں کے ساتھ لگے ہوتے ہیں جن سے یہ دھات کے حلقہ سے الگ ہوتے ہیں۔ اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ رباطات عریض کے قاعدوں کے وسیع رقبہ جات کی تشعیع ہو جاتی ہے۔ ایک تیسری مہبلی نلی کے، جس میں ۶۶ یا ۶ ملی گرام ریڈیم عنصر ہوتا ہے، وسطی محل میں داخل کرنے سے جہاں یہ مہبلی عنق سے متماس رہتی ہے، یہ عمل مکمل کر دیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۳۲۷)۔ رحمی نلی پانچ دن تک علیٰ محلہ رہنے دی جاتی ہے۔ مہبلی ملساقات کے لئے یہ مناسب ہوتا ہے کہ ان کو اسی متناظر مدت کے لئے ہر روز نکال کر پھر داخل کر دیا جائے کیونکہ ایک عفونت زدہ کہفہ میں زیادہ عرصہ تک محبوس رہنے سے یہ سرائت کو مدعو کرتے ہیں۔ اس قسم کی سرائت کے خطرہ کو اقل بنانے کے لئے کسی دافع عفونت غسول مثلاً "ڈٹال" ("Dettol") یا "نیومانسال" ("Neo-monsol") سے مہبل کا روزانہ نطول کرنا چاہیئے۔ بعض حالتوں میں مہبل کے انقباض کی وجہ سے مہبلی مقوّم (colpostat) کا داخل کرنا غیر ممکن ہوتا ہے، ایسی صورتِ حالات میں ہم نے ربڑ کے چھوٹے چھوٹے اسطوانہ نما "سار بو" ("Sorbo") اسفنجوں کو، جنہیں دافع عفونت گاز کے ٹھونسنے سے اپنے محل پر قائم رکھا جاتا ہے کاگ کے استوار ملساقات کا مفید بدل پایا ہے۔ جن اصابات میں قنالِ رحم بند ہو ابتدائے علاج میں صرف مہبلی علاج ہی اختیار کرنا چاہیئے۔ دو تین دن میں فم خارجی کا شناخت کرنا اور اسے متسع کرنا عام طور پر ممکن ہو جاتا ہے۔ اسکے بعد رحمی الساق کی ابتدا کیجا سکتی ہے۔ پیرس کے طریقۂ علاج میں ریڈیم کے مکمل معتاد کا اندازہ ۸۰۰۰ ملی گرام عنصری ساعات کیا جا سکتا ہے، اور اس عدد سے صرف استثنائی صورتوں میں تجاوز کیا جاتا ہے۔

ریڈیم سے راست علاج کرنے کا تکملہ اب ہمیشہ علاج بعید سے کیا جاتا ہے جو "ریڈیم بمب" یا گہری لاشعاعوں کے ذریعہ سے انجام دیا جاتا ہے۔ ان دونوں طریقوں کے لئے مریضہ کا کسی ادارہ میں پندرہ سے لیکر پچیس دن تک رہنا لازمی ہوتا ہے، کیونکہ شکمی "میدانوں" (abdominal "fields") کی ایک مختلف تعداد کی تشعیع ضروری ہوتی ہے، اور ایک دن میں صرف ایک ہی میدان کی تشعیع کی جا سکتی ہے۔ ۴ ملی گرام "ریڈیم بمب"

544

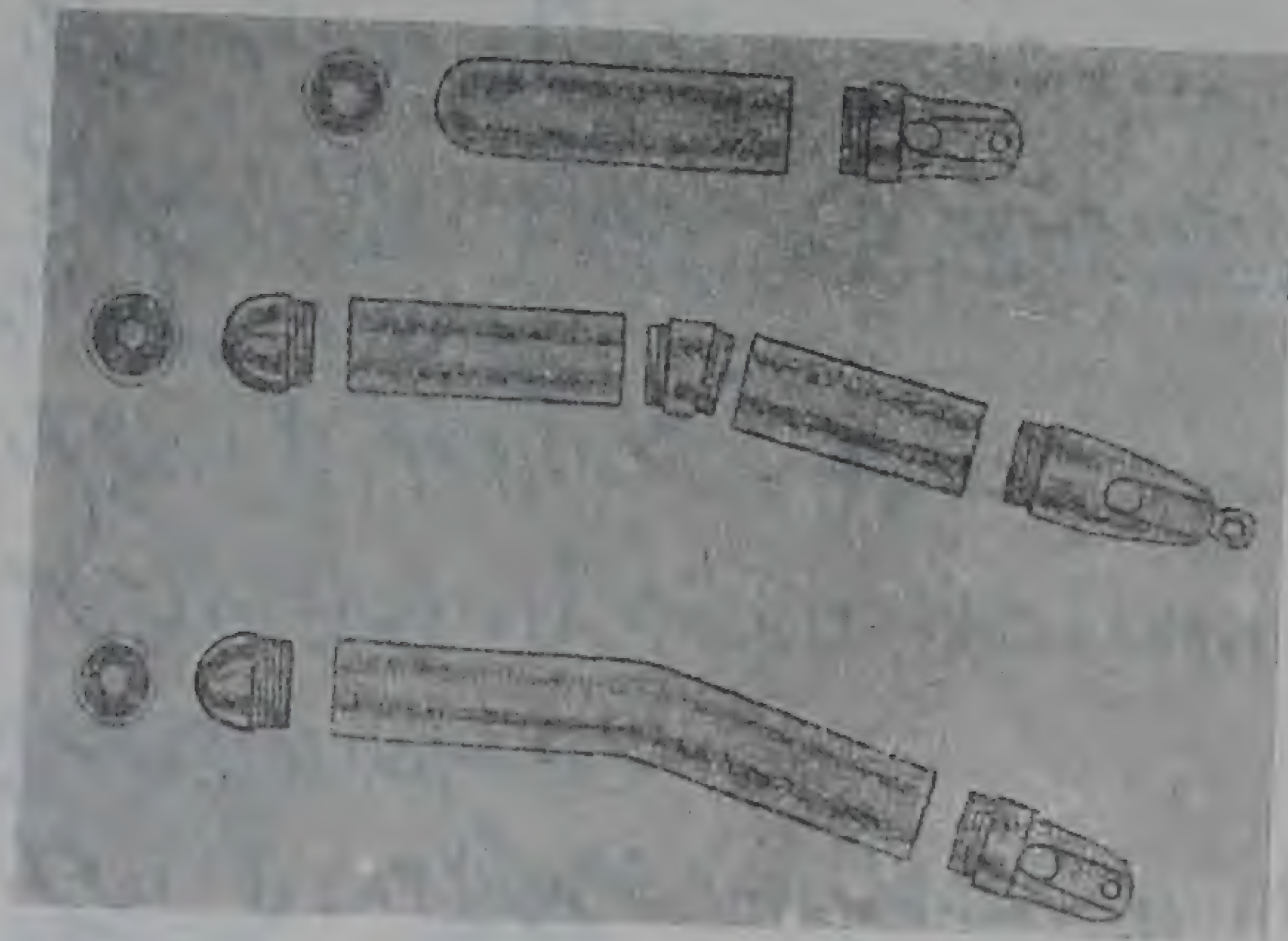
کی صورت میں عام طور پر آٹھ میدانوں، یعنی دو مقدم، دو جانبی، دو موخر، اور دو موخر تحتانی، پر جلد سے ۵۰ سنٹی میٹر کے فاصلہ سے عمل کیا جاتا ہے۔ پورا انکشف دس گھنٹہ کا ہوتا ہے، اور پہلے الساقات پلاٹینم کے اعلیٰ ببٹر پردہ میں سے تین یا چار گھنٹوں کے لئے کئے جاتے ہیں۔

جہاں تک گہری لاشعاعوں کا تعلق ہے، اس طریقہ سے ابھی تک بہترین نتائج حاصل ہوئے ہیں جس کی تکمیل سیٹز (Seitz) اور ونٹز (Wintz) نے کی ہے اور جسے میونچ کے ریڈیئم کے ادارہ (Munich Radiological Institute) میں ایف۔ والٹز (F. Voltz) نے اختیار کیا ہے۔ میونچ کی سریریاتگاہ (Munich Clinic) میں رحم کے سرطانی سلعہ کیلئے النسب معتادی اکائی "جلدی معتاد کی اکائی" ("unit skin dose") کے ۹۰ تا ۱۱۰ فیصدی کے درمیان معین کی گئی ہے، اور اسے اقل تسور کیا جاتا ہے۔ چھ الساقات انجام دئے جاتے ہیں، اور بڑے بڑے میدانوں کی یکے بعد دیگرے ایسی سمت میں تشعیع کی جاتی ہے کہ شعاعیں رحم پر قطع کرتی ہیں۔ "چھ الساقات سے جو توانائی بہم پہنچتی ہے اس سے جلدی معتاد کی اکائی کا ۹۰ تا ۱۱۰ فیصدی

شکل ۲۲۰۔ رحمی مہبلی آلہ کے اوضاع، عنق کے سرطانی سلعہ کے "پیرس" کے علاج میں۔ دررحمی لساق (ریڈیئم کی نلیاں ربڑ کی نلی میں) داخل کر دیا گیا ہے۔ مہبلی مقوم کے جانبی تابکار جھے جانبی قبوؤں میں اپنی مناسب وضع پر ہیں۔ ان کے درمیان ایک وسطی تابکار منبع رکھا جانے والا ہے۔

545

مطلوبہ اقل معتاد حاصل ہو جاتا ہے" (والٹز: Voltz)۔

سٹاکہالم کی ترکیب عمل کئی اہم اعتبارات سے پیرس کی ترکیب سے مختلف ہے۔ اس کا اصول یہ ہے کہ ریڈیئم کی نسبتہً زیادہ مقدار کا استعمال بھاری تحجیب سے کیا جاتا ہے، اور اسے کم عرصہ کے لئے لگایا جاتا ہے۔ عموماً تین مختصر الساقات انجام دئے جاتے ہیں، اور علاج کی مدت تین یا چار ہفتہ قرار دی گئی ہے۔

ہر علاج کے لئے عموماً بیس گھنٹہ سے زائد عرصہ درکار نہیں ہوتا، اور اس سلسلہ میں حقیقی مدت کی کمی بیشی کا انحصار ریڈیئم کی مستعملہ مقدار کی کمی بیشی پر ہے۔ دوسرا الساق

شکل ۳۲۸۔ دررحمی استعمال کیلئے ملساقات (applicators) جو سرطانِ رحم کا ریڈیئم سے سٹاکہالم کے طریقہ سے علاج کرنے میں مستعمل ہیں۔

پہلے کے ایک ہفتہ بعد عمل میں لایا جاتا ہے، اور تیسرا اور آخری دوسرے کے دو یا تین ہفتہ بعد انجام دیا جاتا ہے۔ پیرس کے طریقہ کی طرح اس طریقہ میں بھی ریڈیئم سلفیٹ خاص ظروف میں کہفۂ رحم اور نیز دررحمہ دونوں کو براستہ مہبل لگایا جاتا ہے۔ تین الساقات کا مجموعی معتاد ...،۶ تا ...،۷ ملی گرام عنصری ساعات ہے، اور اس میں سے دو تہائی مہبلی ہے اور ایک تہائی دررحمی۔

فارسل (Forsell) اور ہیمین (Heyman) کا یہ مشورہ ہے کہ جملہ مہبلی معتاد

۵۰۰ء۴ ملی گرام عنصری ساعات سے زائد نہ ہونا چاہئے کیونکہ زیادہ مقدار سے معائے مستقیم کو شدید نقصان پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ایک ماہ کے علاج کے عرصہ میں جملہ اوسط دررحمی مقدار ۶۰۰ء۲ ملی گرام عنصری ساعات سے زائد نہ ہونا چاہئے گو دیوارِ رحم کی موٹائی کی وجہ سے ۰۰۰ء۳ ملی گرام عنصری ساعات کا مقدار بھی گاہے گاہے استعمال کیا جاسکتا ہے۔ ریڈیم کی جو مقدار استعمال کی جاتی ہے اس کا انتخاب مزاولتِ فن میں اس لحاظ سے کیا جاتا ہے کہ ہر الساق چوبیس گھنٹہ میں ختم ہوجائے۔ مندرجہ ذیل سطور معیاری اصابہ میں علاج کی مثال کے طور پر پیش کئے جاسکتے ہیں۔

پہلا الساق۔

رحم میں (۴ نلیاں) ۴۰ ملی گرام عنصر × ۱۹ ساعات = ۷۶۰ ملی گرام عنصری ساعات
مہبل میں (۱۲ نلیاں) ۸۰ ملی گرام عنصر × ۱۹ ساعات = ۵۲۰ء۱ ″

دوسرا الساق (۷ دن بعد)۔

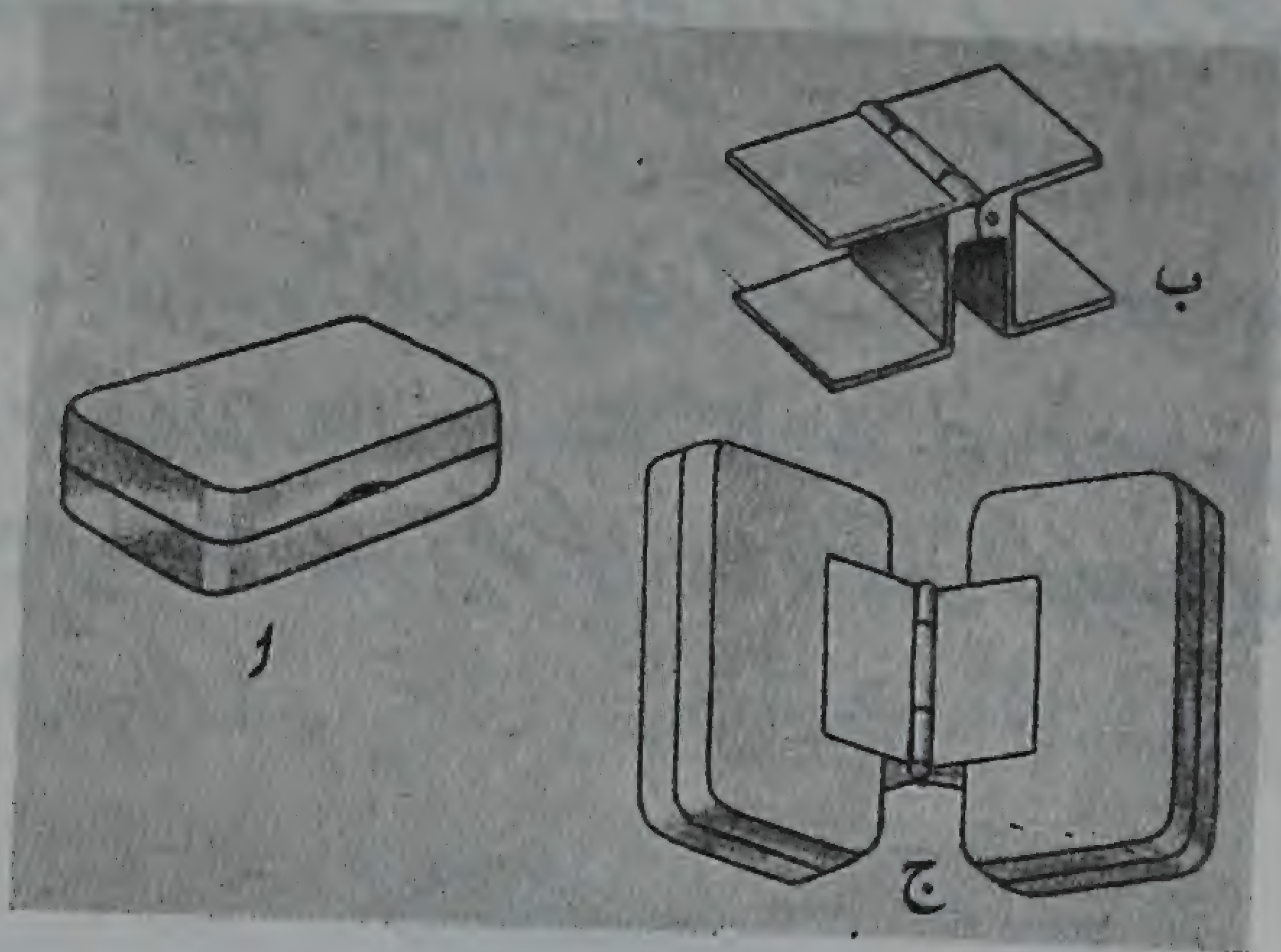
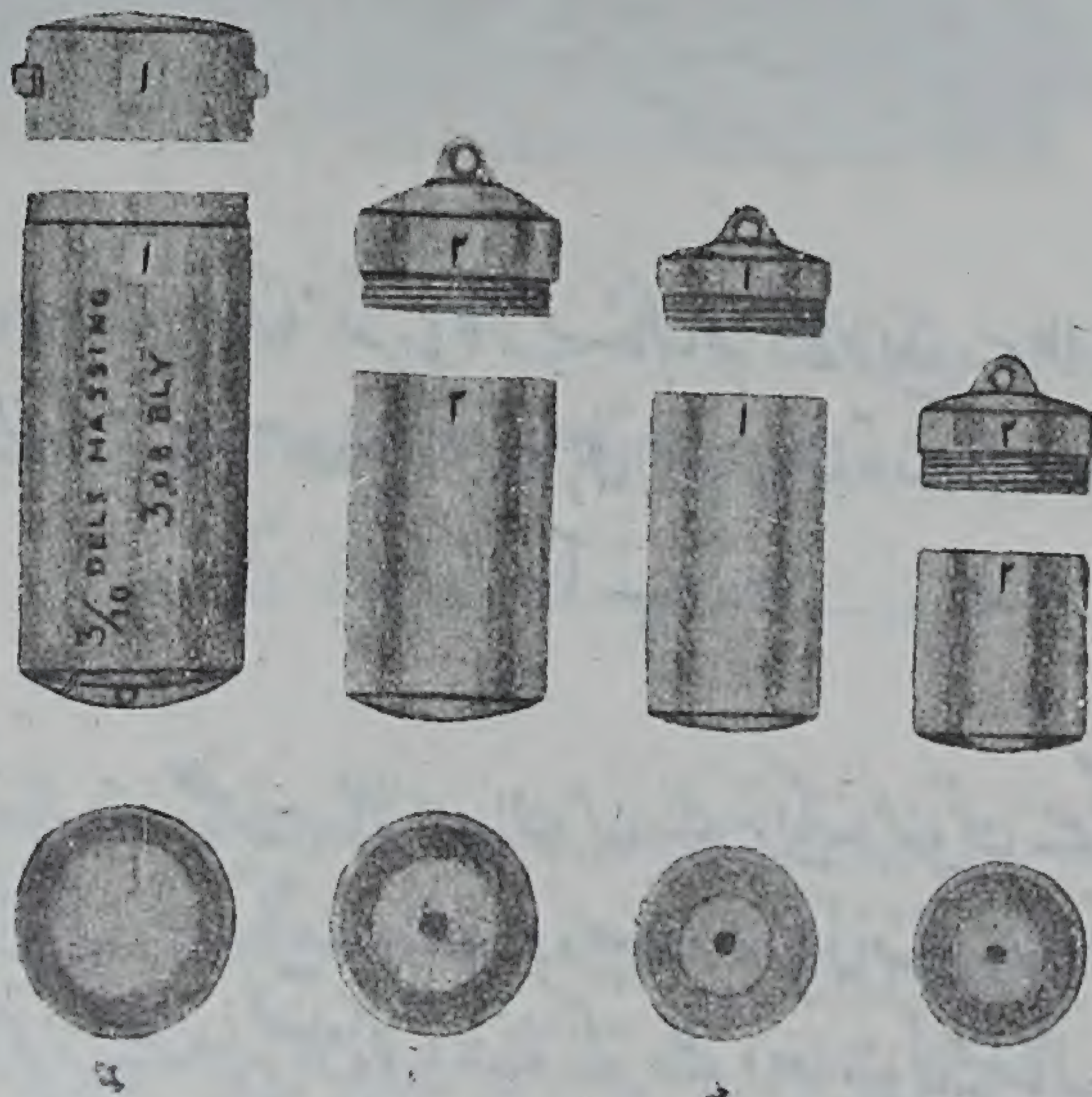
رحم میں (۱ نلی) ۴۳ ملی گرام عنصر × ۲۱ ساعات = ۹۰۰ ملی گرام عنصری ساعات
مہبل میں (۱۰ نلیاں) ۷۰ ملی گرام عنصر × ۲۱ ساعات = ۴۷۰ء۱ ″

تیسرا الساق (۱۴ دن بعد)۔

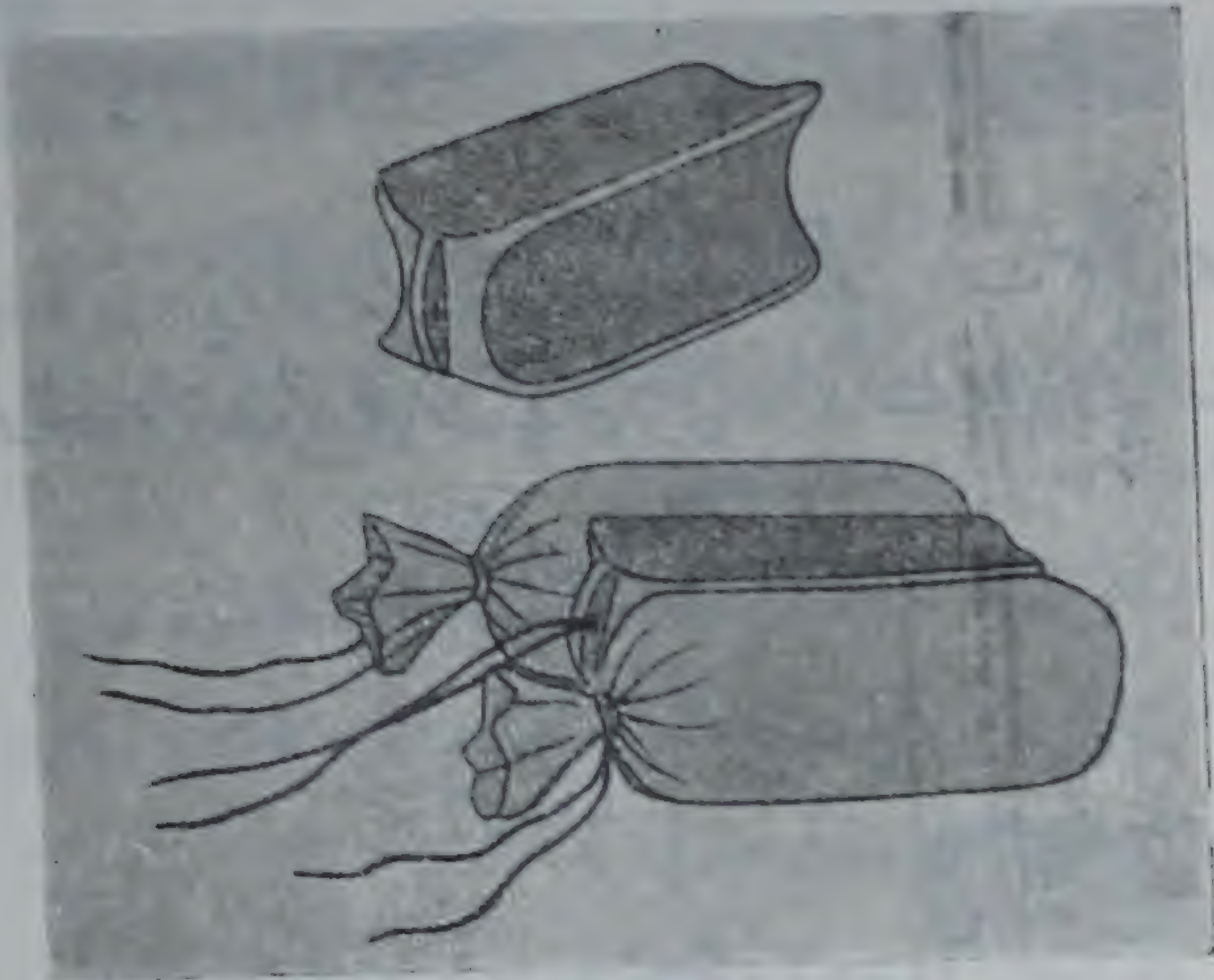
رحم میں (۱ نلی) ۳۸ ملی گرام عنصر × ۱۹ ساعات = ۷۲۰ ملی گرام عنصری ساعات
مہبل میں (۱۰ نلیاں) ۸۰ ملی گرام عنصر × ۱۹ ساعات = ۵۲۰ء۱ ″

لہٰذا اس اصابہ میں ریڈیم کا مجموعی مستعملہ مقدار یہ ہوا۔

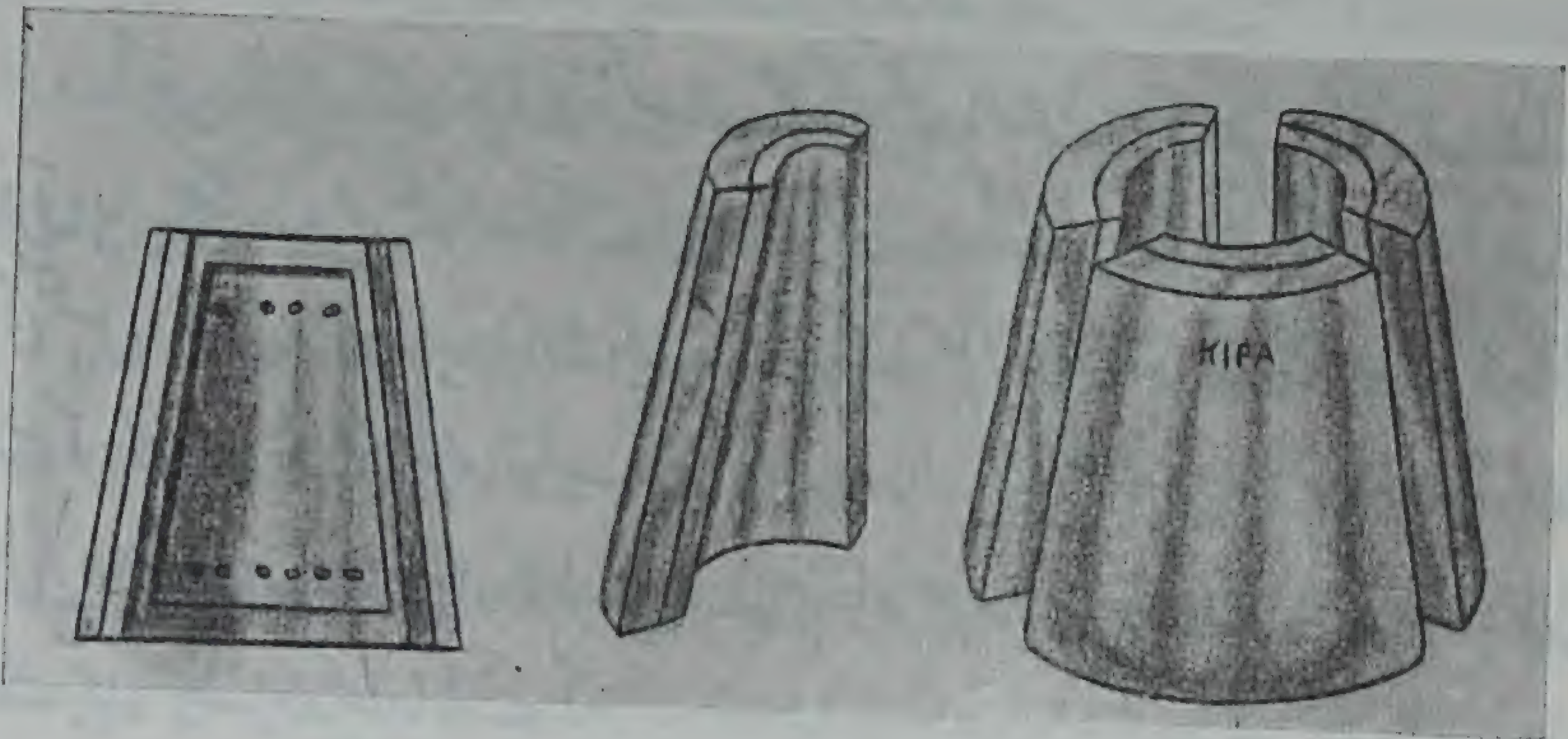
رحم میں .... ۳۸۰ء۲ ملی گرام عنصری ساعات
مہبل میں .... ۵۰۰ء۴ ″

سٹاکہالم کے طریقہ سے عنق کے سرطانی سلعہ کا علاج کرنے میں مقطار جو ریڈیم کی نلیوں اور ظروف پر مشتمل ہوتا ہے ہمیشہ ایک ہی رہتا ہے اور یہ سیسہ کے ۳ ملی میٹر پردہ کا متناظر ہوتا ہے۔ مزید برآں غیر پیچیدہ اصابات میں الساقات کے درمیان کا وقفہ غیر متغیر رہتا ہے۔ اس ترکیبِ علاج میں پلاٹینم کی نلیوں اور مختلف ظروف کی ایک کافی تعداد استعمال کی جاتی ہے۔ مختلف جسامت اور شکل کے بہت سے ظروف (containers) کا پاس ہونا نہایت مفید ہے کیونکہ اس سے جراح ریڈیم کے

شکل ۳۲۹-(ا) ریڈیم کی سوئیوں کے لئے چپٹا صندوقچہ۔ (ب) چٹکی دار بند (Clip Fastener)-(ج) صندوقچے جن کو چٹکی دار بند سے جوڑ دیا گیا ہے (ہیمین کے مطابق)۔

شکل ۳۳۰۔ ریڈیم کے علاج کی "سٹاکہالم" کی ترکیب میں مہبلی استعمال کیلئے اسطوانے۔

مقامی علاج کے ایک اہم ترین اصول کے مطابق عمل کرسکتا ہے، یعنی وہ ہر مریضہ میں مقامی صورتِ حالات کے مطابق ترکیب علاج اختیار کرسکتا ہے۔ دررحمی استعمال کے لئے اسطوانی طساقات (دیکھو شکل ۳۲۸) استعمال کئے جاتے ہیں، جن میں ایک، دو یا چار نلیاں ایک سیدھ میں ہوتی ہیں۔ استعمال سے پہلے رحمی کیسہ (uterine capsule) پر ایک دوسرا غلاف یا ربڑ کا پردہ چڑھا دیا جاتا ہے۔ مہبل کے لئے یا تو دھات کے چپٹے صندوقچے (دیکھو شکل ۳۲۹) یا اسطوانے (دیکھو شکل ۳۳۰) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بعض صندوقچے

547

شکل ۳۳۱۔ "کاس نما" تقرح کا "سٹاکہالم" کے طریقہ سے علاج کرنے کے لئے "سلج" ("Sledge") جو مہبلی اسطوانی طساقات کے ساتھ استعمال کیا جاتا ہے۔

قائم الزوایا ہوتے ہیں اور بعض مربع، اور ان میں سے ہر ایک میں تین سے لیکر بارہ تک پلاٹینم کی نلیاں ہوتی ہیں۔ جب ایک سے زیادہ صندوقچوں کی ضرورت ہوتی ہے، تو طساقات کو ان کے محل پر قائم رکھنے اور مہبل کو تاننے کے لئے دھات کی چٹکیاں (دیکھو شکل ۳۲۹ ب اور ج) استعمال کی جاتی ہیں، اور اس طرح ریڈیم حوض کی جانبی دیواروں کے جس قدر ممکن ہوسکتا ہے قریب آجاتا ہے۔ جب کاس نما قرحہ موجود ہوتا ہے تو موزوں ترین طساق

ایک یا دو اسطوانے ہوتے ہیں جو اتنے لمبے ہوں کہ قرحہ کی گہرائی تک پہنچ جائیں اور اتنے بڑے ہوں کہ ان سے کہفہ پُر ہو جائے۔ اسطوانوں کو ان کے محل پر برقرار رکھنے کے لئے سلولائڈ کا ایک "سلج" ("sledge") (دیکھو شکل ۳۳۱) مفید ہوتا ہے۔ اور اس کا ایک اور فائدہ یہ ہوتا ہے کہ یہ کیسوں کو باہر کی سمت میں حوض کی جانبی دیوار کی طرف دبائے رکھتا ہے۔ بالید کی منقطر (fungating) "گوبھی نما" قسم کی بالیدوں کے لئے تراش دار "مخروطی" ملساقات ("cone" applicators) (دیکھو شکل ۳۳۲) مناسب ہوتے ہیں، اور انکی الگ الگ تراشیں دھات کی چھوٹی چھوٹی علیحدگی پذیر چٹکیوں سے جوڑ دی جاتی ہیں۔

شکل ۳۳۲۔ مجوف "مخروطی" ملساق (Hollow "Cone" Applicator) کی تراشیں جن کو "گوبھی نما" بالید کا "سٹاکہالم" کے طریقہ سے علاج کرنے کے لئے ترتیب دی گئی ہے۔

548

استعمال سے پہلے تمام مہبلی ملساقات کو ایک لفافہ میں بند کر دیا جاتا ہے جو پتلے کاغذ کی دو تہوں اور روئی کی تہ اور روغنی ریشم (oiled silk) کی ایک تہ کے ایک غلاف پر مشتمل ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۳۱)۔ اس آلہ کو اس کے محل پر مضبوط حمول لگانے سے یا گاز کے بھراؤ سے قائم رکھا جاتا ہے۔ اس مقصد کو عمدگی سے حاصل کرنے کے لئے ہیمین، ڈوئن (Doyen) یا پوزی (Pozzi) کے دو چپٹے مہبلی بازکش ضروری ہوتے ہیں

ایک بازکش ریڈیم کے ملساق کو سلعہ کے مقابل دباتا ہے، اور دوسرا مہبل کی موخر دیوار اور معائے مستقیم کو پیچھے کی طرف کو دباتا ہے۔ درمیان کی جگہ میں گاز بہت مضبوطی اور احتیاط سے ٹھونس دی جاتی ہے، تاکہ ریڈیم کے فوحہ (radium emanation) سے معائے مستقیم حتی الامکان دور ہٹ جائے۔

ریڈیم ہیمٹ (Radiumhemmet) میں یہ علاج معدم حس کے سونگھانے کے بغیر کیا جاتا ہے۔ ریڈیم کے لگانے سے پہلے مارفیا کا ایک زیر جلدی اشراب دید یا جاتا ہے، اور اکثر اصابات میں یہی کافی ثابت ہوتا ہے۔ ریڈیم کے لگانے کے وقت مثانہ بینی روز مرہ کے دستور کے طور پر انجام دی جاتی ہے۔ بالید کی سطح بنزین (benzene) سے صاف کردی جاتی ہے، اور چھوٹا سا ٹکڑا خردبینی مقاصد کیلئے الگ کر لیا جاتا ہے۔

سنین حال میں اصلی معیاری ترکیب عمل کی ایک خفیف سی ترمیم سے کام لیا جاتا ہے۔ لازمی فرق یہ ہے کہ ریڈیم کے الساقات کی تعداد تین سے گھٹا کر دو کردی گئی ہے اور بعد میں علاج کی تکمیل دونوں مقدم میدانات میں سے ہر ایک کا گہری لاشعاعوں سے تین مرتبہ تکشف کرنے سے کردی جاتی ہے۔ مرممہ ترکیبِ علاج میں ہر الساق پر مستعملہ ریڈیم کا معتاد رحم میں ۰۰ا ا ملی گرام عنصری ساعات، اور مہبل میں ۰۰۰ ۲ ملی گرام عنصری ساعات ہے، اور دوسرا علاج پہلے سے تین ہفتہ بعد کیا جاتا ہے۔

شعاعی علاج کے بعد مقامی عودِ مرض کا تدارک "تابیر" ("needling") "سطحی الساق" یا جراحی استعمال سے کیا جا سکتا ہے۔ علاج کو از سر نو شروع کرنا صرف اسی حالت میں جائز قرار دیا جا سکتا ہے جبکہ کوئی بہت چھوٹا سا منفرد خبیث کر بیچہ مندمل نہ ہو۔ دو یا دو سے زیادہ سوئیوں کے ساتھ جن میں ۵ یا ۱۰ ملی گرام ریڈیم عنصر ہو، ا سنٹی میٹر کے فاصلہ سے تین یا چار گھنٹہ کے لئے ادخال انبوبہ (intubation) کی آزمائش کی جا سکتی ہے۔ منفرد مہبلی سروحات (بیٹا سٹیسز) کے لئے سطحی الساق بہترین ہے، اور معتاد ۵۰۰ تا ۶۰۰ ملی گرام ساعات سے متجاوز نہ ہونا چاہیئے۔ اگر اس سے زیادہ معتاد کا استعمال کیا جائے تو بافتوں کے تنخر کے بسرعت واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ناسور بن جائے۔

ریڈیم کے علاج کا خواہ کوئی سا طریقہ بھی استعمال کیا جائے، اور یورپ

اور امریکہ کی سربریات گاہوں میں معیاری ترکیب عمل کی کئی ایک مرممہ صورتیں رائج بھی ہیں' لمفی میدان کے سرطانی نفوذ کا کامیابی سے تدارک کرنے کا مسئلہ ابھی تک عملی طور پر حل نہیں ہوا۔ ابتدائی مدارج کے سرطانِ عنق کے ۳۰ فیصدی اصابات میں خطی عروقِ لمف ماؤف ہوجاتے ہیں' اور یہ ظاہر ہے کہ شفایابی کے لئے تنہا رحم اور مہبل کے لئے ریڈیئم کا مقامی الساق ناکافی ہے۔ ان بیرونی خطرناک لمفی خطوں کے تدارک کے لئے جو ذرائع اختیار کئے جاسکتے ہیں ان کا استقصا ریڈیئم کی شکمی تنصیب' "ریڈیئم کے مبھوں" اور "عمیق" یا ارلانجن کے لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے کیا جارہا ہے۔ شکم کو براہِ راست ریڈیئم لگانے کی کوشش گینٹ میں ڈیلیس (Deals) نے' اور اس ملک (انگلستان) میں ڈونیلڈسن (Donaldson) سٹینلے ڈاڈ (Stanley Dodd) ایلک بورن (Aleck Bourne) اور ہم نے کی ہے' لیکن معلومات کی موجودہ صورتِ حالات اور اس جدید تحقیقات کے مدنظر جو "ریڈیئم بمب" اور علاج "بالشعاعہ" ("beam" therapy) کے متعلق ہوئی ہے اس موضوع پر زیادہ تفصیل سے بحث کرنا قبل از وقت معلوم ہوتا ہے۔

شعاعی علاج کے نتائج۔ سرطانِ عنق کے شعاعیاتی علاج کے نتائج کا تخمینہ کرنے اور خاصکر ان سے اُن نتائج کا مقابلہ کرنے کے لئے جو خالصتہً جراحی ذرائع سے حاصل ہوتے ہیں بعض امور کا ذکر کرنا ضروری ہے۔ اعداد و شمار کے اغراض کے لئے عموماً پنج سالہ اساس کو شفایابی کے اشاریہ کے طور پر اختیار کیا جاتا ہے' اگرچہ جیسا کہ بونی نے بیان کیا ہے اس فرضی معیار کے یہ معنی تسلیم نہیں کئے جاسکتے کہ عودِ مرض کے خطرہ سے مطلق مناعت حاصل ہوجاتی ہے جیسا کہ تجربہ سے ظاہر ہے۔ مزید براں علاج کی اہمیت کا صحیح اندازہ کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ اصابات کی مدارجِ مرض کے مطابق جماعت بندی کی جائے (دیکھو صفحات 540 اور 541)۔ درجۂ اول و دوم میں جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ ان نتائج سے نہایت بہتر ہوتے ہیں جو درجۂ سوم و چہارم میں حاصل ہوتے ہیں' اور موخر الذکر کو شفاپذیری کی کل یا مطلق شرح میں شامل کرنے سے شعاعی علاج کی اہمیت کے متعلق غلط خیالات کے پیدا ہوجانے کا احتمال ہے۔ بدقسمتی سے یہ ایک واقعہ ہے کہ کثیر التعداد عورتیں علاج کیلئے اس وقت کوشش کرتی ہیں جب کہ مرض لاعلاج درجہ کو پہنچ چکتا ہے۔ آج کل اس قسم کے بہت سے مریضوں کا شعاعی علاج کیا جاتا ہے جس سے

549

ان کے علامات میں معتد بہ تخفیف ہوجاتی ہے، لیکن شفا نہیں ہوتی۔ درجۂ سوم و چہارم کے اعداد کو شامل کرنے سے شفا پذیری کی کل شرح میں قدرتاً کمی واقع ہوجاتی ہے، اور اس امر کا خیال رکھنا چاہیے۔ ان امور کی بیّن مثال ان مجموعی اعداد میں ملتی ہے جو برطانیہ عظمیٰ کے ریڈیم کے قومی مراکز (نیشنل ریڈیم سنٹرس) سے شائع ہوئے ہیں۔ ۱۹۲۱ء اور ۱۹۲۶ء کے درمیانی عرصہ میں بشمول ہر دو سنہ، چھ قومی مراکز میں ۵۰۷ مریضوں کا علاج کیا گیا اور پانچ سال کے ختم ہونے پر ۵۶ عورتیں زندہ اور تندرست رہیں، گویا شفا پذیری کی مطلق شرح ۱۱ فیصدی رہی۔ ان ۵۰۷ مریضوں میں ۳۴ مریض اس وقت زیر علاج آئے جبکہ مرض بدائی درجہ میں تھا، چھیاسی اصابات حائد تھے، اور ۳۸۷ "ناقابل عملیہ"۔ ۳۴ اصابات میں سے، جن میں مرض ابتدائی درجہ میں تھا، ۲۰ عورتیں پانچ سال کے اختتام تک زندہ رہیں، گویا شفا پذیری کی شرح فیصد ۵۸٫۹ رہی۔ اساسی مدت کے اختتام پر اصاباتِ حائد میں سے صرف ۱۰٫۶ فیصدی مریض زندہ رہے، اور "ناقابل عملیہ" اصابات میں سے جو کل اصابات کا ۷۵ فیصدی تھے، صرف ۷٫۶ فیصدی مریض زندہ رہے۔

اِن اعداد کا مقابلہ ڈانیلڈسن کے اعداد سے کیا جاسکتا ہے جو اس نے حال ہی میں امریکہ اور یورپ کی مشہور و معروف سرِیریاتی گاہوں سے جمع کرکے ترتیب دئے ہیں۔ اس اصول کے مدنظر کہ جنیوا کی جماعت بندی کے مطابق درجۂ اول و دوم (دیکھو صفحہ 540) قابل عملیہ ہوتے ہیں، ڈونیلڈسن[1] نے مندرجۂ ذیل اعداد پیش کئے ہیں۔

	جن اصابات کا علاج کیا گیا	پانچ سال کے بعد زندہ رہنے کی شرح
سٹاکہالم ۱۹۱۴ تا ۱۹۲۳	۱۸۸	۴۰٫۴ فیصدی
پیرس، ۱۹۲۳ تا ۱۹۲۶	۱۱۸	۵۰٫۸ "
میونچ، ۱۹۲۴ تا ۱۹۲۶	۱۹۰	۳۱٫۵ "
میوکلینیک	قابل عملیہ	۷۵ "
	حائد	۶۱٫۵ "
میموریل ہاسپٹل، نیویارک	ابتدائی مدارج کے اصابات	۴۴٫۵ "

[1] Transactions Med. Soc. Lond., Vol. 57, 1934, p. 205.

ریڈیم کے ادارہ (Institut du Radium) میں جو اصابات علاج کے لئے منتخب کئے گئے ان کی شفاپذیری کی کل شرح لیکیسین[1] ۲۶ فیصدی بیان کرتا ہے اور یہ شرح ۸۰۰ مریضوں سے لی گئی ہے جو ۱۹۱۹ء اور ۱۹۲۶ء کے درمیان زیر علاج تھے۔ اپنے نتائج کا اندازہ لگانے میں اس نے اس زمانہ (۴ سال) کو جس میں بالید کو صرف ریڈیم براہ راست لگایا گیا، اسکے بعد کے زمانہ (۴ سال) سے جس میں داخلی شعاعی علاج کی تائید خارجی تشعیع سے کی گئی احتیاط سے واضح طور پر تمیز کیا ہے۔ دوسرے زمانہ میں جن ۳۱۰ مریضوں کا علاج کیا گیا ان میں شفاپذیری کی کل شرح ۳۲ فیصدی تھی، اور جن ۲۷۱ عورتوں کا علاج پہلے زمانہ میں کیا گیا ان میں یہ شرح اس کے مقابلہ میں ۱۰ فیصدی تھی۔

550

جب اصابات کا تجزیہ بالید کے درجہ کے لحاظ سے کیا جاتا ہے تو اور بھی زیادہ تعجب خیز نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ چنانچہ درجۂ اول و دوم میں شفایابی کا معیار بلحاظ ترتیب ۸۶ اور ۴۲ فیصدی کی پنج سالہ شفاپذیری کی بلند شرح تک پہنچ گیا، اور اسکے مقابلہ میں انہی گروہوں میں یہ شرح خارجی تشعیع کو حذف کردینے پر ۳۳ اور ۲۶ فیصدی رہی۔

سٹاکہالم ریڈیم ہیمٹ سے سرطانِ عنق کے تمام مدارج کے ۱۹۱۸ء سے لیکر ۱۹۲۲ء تک کے علاج کے جو نتائج شائع ہوئے ہیں ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کل پنج سالہ شرح حیات ۲۰۰۴ اور ۲۱٫۱ فیصدی کے درمیان رہی۔

ریڈیم کے علاج کے خطرات۔ سرطانِ عنق کے شعاعیاتی علاج کی موجودہ صورتِ حال پر اس تبصرہ کو ختم کرنے سے پہلے ہم یہ ضروری تصور کرتے ہیں کہ ریڈیم کے غیر مناسب استعمال کے خطرات پر از سر نو زور دیا جائے۔ گرے وارڈ[2] (Grey Ward) نے حال ہی میں علاج کے اس اہم پہلو کی طرف توجہ دلائی ہے، اور وہ اس امر پر زور دینے میں حق بجانب ہے کہ ریڈیم کے استعمال کے دوران میں اس کے مضر اثرات سے محفوظ رہنے کا انحصار نہ صرف اسکی مستعملہ مقدار اور مناسب ظروف میں اسکی تقسیم اور اسکی موثر تحجیب پر ہے، بلکہ اسکو مناسب محل پر رکھ کر اسے وہاں برقرار رکھنے پر بھی ہے۔

---

[1] Brit. Med. Journ., 3750, 1932, pp. 912-913.

[2] Amer. Journ. Obst. and Gyn., 1933, January Ist.

ریڈیئم کے علاج کی ابتدائی شرح اموات ۲ فیصدی ہے اور یہ عموماً اس صورت میں ریڈیئم کے استعمال کا نتیجہ ہوتی ہے جبکہ مرض بہت وسیع ہو اور حاد عفونت سے پیچیدہ ہو۔

اگرچہ ابتدائی شرح اموات بہت زیادہ نہیں، لیکن پس تشعیعی مرض (post-radiation morbidity) ہرگز قلیل الوقوع نہیں۔ عنق کے سرطانی سلعہ کے ۵۵۸ اصابات میں سے، جن کا علاج گرسے وارڈ کے کلینیک میں ہوا، ۲۱،۳ فیصدی میں پس تشعیعی علامات نمودار ہوئے، ہر اصابہ میں مناسب معتاد اور تجیب کو متعین کرنے کے لئے معتدبہ قوتِ فیصلہ اور تجربہ کی ضرورت ہوتی ہے، کیونکہ اگر ریڈیئم کا اس سے زیادہ بڑا معتاد استعمال کیا جائے جتنا کہ حقیقت میں درکار ہوتا ہے تو طبعی ساختیں تباہ ہو جاتی ہیں۔ اس قسم کے فعل کا نتیجہ عفونتی مواد ات کی پیدائش، نزفات، متصلہ احشاء مثلاً معائے مستقیم اور مثانہ کا ضرر ہو سکتا ہے، حتیٰ کہ ناسورات بھی بن سکتے ہیں۔ جیسا کہ وارڈ نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے، بیش تشعیع کے جو نتائج بدقسمتی سے پیدا ہوتے ہیں ان کو عموماً خبیث نوساخت کی توسیع سے منسوب کیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریڈیئم کو ہدفِ ملامت بنایا جاتا ہے۔

تشعیع کا بہت جلد جلد تکرار کرنے سے متاخر تعامل (late reaction) کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ پہلے علاج کے چھ یا بارہ مہینے بعد بافتوں میں کثیف درریزش پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ حوض میں درد اور مقامی تقرح بھی بعض اوقات پایا جاتا ہے۔ ایسے علامات کو مرض کے مقامی عود سے منسوب کیا جاتا ہے درآنحالیکہ یہ درحقیقت مفرط تشعیع کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

اگر مہبلی ملساقات اپنے مناسب مقامات سے ہٹ جائیں اور ان کو مہبل میں موثر طریقہ سے حمولات رکھنے سے معائے مستقیم سے کافی فاصلہ پر برقرار نہ رکھا جائے تو مستقیمی مخاطیہ کو خطرہ ہوتا ہے جس کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 548)۔

مثانہ کے تضرر کو اصابات کے مناسب انتخاب، روزمرہ کی مثانہ بینی، اور خود قائم قاساطیر کے استعمال سے جبکہ ریڈیئم کے ملساقات علیٰ محلہ ہوں، اقل حد تک پہنچایا جا سکتا ہے (گرسے وارڈ)۔

رحمی اجتماعِ ریم (پائیومیٹرا) اگاہے گاہے ریڈیئم کے علاج کے عاقبہ کے طور پر عارض ہوتا ہے، اور یہ درون رحمہ کی سرایت اور قنالِ عنق کے اس انقباض سے مسدود ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے جو کثیف انصالی بافت کے بننے سے واقع ہوتا ہے۔ اینٹھن کی طرح کا درد اس

پیچیدگی کے وجود کی دلیل ہوتا ہے، اور اگر ماہواری "تتبعی" نظام ("follow up system) اختیار کیا جائے تو اسکے وقوع کا انکشاف اسکے ابتدائی درجہ ہی میں ہو جاتا ہے۔

551

عنق کے سرطانی سلعہ کا جراحی علاج۔ سرطانِ عنق کے استیصالی عملیہ کی جس کو ورتھائیم (Wertheim) نے رواج دیا تھا اور جس کا نام بورن (Bourne) نے "رحم و مہبل برآری" ("Hystero-colpectomy") رکھا ہے تقریباً تیس سال سے ابتک آزمائش کی جا رہی ہے۔ اس کی ترکیبِ عمل کی تفصیلات ایک آئندہ باب میں دی گئی ہیں (دیکھو صفحہ 809)، اور یہاں ہم صرف اس عملیہ کے حدود، اسکے خطرات، اور اسکے آخری نتائج کے متعلق، خاصکر جہاں تک ان کا تعلق علاج کے دوسرے متبادل طریقوں سے ہے، کسی قدر عمومی بحث کرینگے۔

اس عملیہ کے لئے بے حد مہارت اور طویل تجربہ کی ضرورت ہے۔ ورتھائیم کی اصلی شرح اموات ۲۵ فیصدی تھی، اور یہ اسکے اصابات کے دوسرے سلسلہ میں کم ہو کر ۱۴۱ فیصدی رہ گئی تھی۔ سنہ ۱۹۰۹ء میں کومنس برکلے (Comyns Berkeley) نے برطانیہ عظمی میں اس عملیہ کی کل شرح اموات کا اندازہ ۱۰٫۱ فیصدی کیا تھا، اور بونی[1] نے حال ہی میں یہ بیان کیا ہے کہ اسکے سابقہ ۲۰۰ عملیہ جات میں سنہ ۱۹۳۳ء تک شرح اموات کم ہو کر ۱۰ فیصدی ہو گئی۔ بورن[2] نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ ورتھائیم کے عملیہ کی ابتدائی شرح اموات کا انحصار ان امور پر ہے کہ ابتدائی بالید اور اسکی توسیعات کس حد تک ترقی کر گئی تھیں، اور عملیہ کس حد تک مکمل تھا۔ غیر مکمل عملیہ جات، اور ان عملیہ جات کی جو مرض کے ابتدائی مدارج میں کئے جاتے ہیں شرح اموات نسبتاً کم ہے۔ بالکل استیصالی عملیوں میں، جن میں حوض کی عریض تقطیع کی جاتی ہے، اور غدد لمف اور مہبل کی علیحدگی ایک بڑے پیمانہ پر عمل میں آتی ہے، جیسا کہ ترقی یافتہ اصابات کے لئے ضروری ہوتا ہے، شرح اموات میں لازمی طور پر معتد بہ اضافہ پایا جاتا ہے۔ ماؤف غدد کی موجودگی سے، جو ایک ایسی

---

[1] *Transactions Med. Soc. Lond.*, Vol. 57, 1934, p. 197.

[2] "Recent Advances in Obstetrics and Gynæcology," Third Edition, 1932.

پیچیدگی ہے جو عنق کے سرطانی سلعہ کے ایک تہائی اصابات میں پائی جاتی ہے، موت کا خطرہ زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ چنانچہ بونی کے اعداد میں ۲۱۲ ایسے اصابات میں جن میں غدد ماؤف تھے شرح اموات ۱۰ فیصدی تھی، اور اسکے مقابلہ میں ۳۶۶ ایسے مریضوں میں جو ماؤف غدد کے اصابات پر مشتمل تھے یہ بڑھکر ۲۱ فیصدی ہو گئی۔ بونی کی کل شرح اموات ۱۹۳۳ء کے اختتام پر ۱۵ فیصدی تھی، اور یہ عدد ۳۶۶ عملیہ جات پر مبنی ہے۔ اوسط درجہ کے جراح کے عملیہ جات کی شرح اموات ایسے جراح کے مقابلہ میں جسے اس عملیہ کا طویل تجربہ ہو قدرتاً زیادہ ہو گی۔ عملیہ کی انجام دہی میں جو وقت صرف ہوتا ہے اس کے علاوہ، نزف کا انسداد، صاف تقطیع، اور بافتوں کی بے ضرورت دست درازی سے احتراز، یہ سب ایسے امور ہیں جن پر عملیہ کن کی مہارت اور اسکے تجربہ کا اثر پڑتا ہے، اور انہی پر ابتدائی شرح اموات کا ایک بڑی حد تک انحصار ہے۔ فار (Faure) نے جملہ ۱۸۵ از زیر مشاہدہ مریضوں میں سے ۱۲۰ ابتدائی اصابات میں ۱۹۲۴ء، ۱۹۲۵ء اور ۱۹۲۶ء میں جو عملیے کئے ہیں انکی ابتدائی شرح اموات اس نے ۳،۵ فیصدی بیان کی ہے، اور یہ عدد ان خطرات کے مقابلہ میں جو سادہ کلی رحم برآری (جو جملہ اسباب کیلئے کی جاتی ہے) کے ساتھ وابستہ ہیں بڑا نہیں۔ اکثر جراحوں میں یہ رجحان پایا جاتا ہے کہ جب ان کا تجربہ بڑھ جاتا ہے تو وہ زیادہ ترقی یافتہ اصابات کا علاج بھی کرنے لگتے ہیں، بالفاظ دیگر اپنی شرح "عملیہ پذیری" کو بڑھا دیتے ہیں، اور جب تک کہ عملیہ کے اطلاق کو بڑی حد تک محدود نہ کر دیا جائے اس کی شرح اموات میں اور کمی واقع ہونے کی کوئی امید نہیں۔ یہ ایک قدرتی بات ہے کہ عملیہ پذیری کی شرح جراح کی ذاتی رائے اور اسکی مہارت کے لحاظ سے مختلف ہو گی۔ بہت سی مثالوں میں خبیث بالید کا کامیابی سے کلی طور پر استیصال کر دینے کے امکان کا صحیح اندازہ صرف اسی حالت میں کیا جا سکتا ہے جبکہ محلِ عملیہ کو شگافِ شکم میں سے حقیقۃً منکشف کر لیا جائے (دیکھو صفحہ 540)۔ مثانہ اور حالبین کے ماؤف ہونے، اور بالید کے معاءِ مستقیم یا حوض کی جانبی دیواروں سے مثبت ہو جانے کو مزید جراحی علاج کے موانع میں سے تصور کرنا چاہئے۔ بونی اپنی شرح عملیہ پذیری ۶۳ فیصدی بتاتا ہے، اور یہ ایک ایسا عدد ہے جس تک اکثر حوضی جراح نہیں پہنچتے۔

سرطانِ عنق کے علم العلاج میں جو مرتبہ جراحی علاج کو لازمی طور پر حاصل ہے

اسکے متعلق ہر بحث مذکورہ بالا عملیہ کے آخری نتائج پر مبنی ہے۔ تازہ ترین اعداد و شمار وہ ہیں جن کی اشاعت بونی نے کی ہے۔ ۱۹۳۳ء[1] کے اختتام تک اس جراح نے ورتھائیم کا عملیہ ۴۶۶ مرتبہ کیا، اور ان میں سے ۲۶۶ عملیہ جات چار یا پانچ سال پہلے کئے گئے تھے۔ ۲۶۶ اصابات کے اس سلسلہ کی پنج سالہ شرح شفایابی ۴۰ فیصدی رہی، جس میں وہ تمام مریض شامل ہیں جو عدیم الخبر ہو گئے یا دوسرے اسباب سے فوت ہو گئے۔ اُن ۲۱۲ اصابات میں، جن میں غدد متاثر نہیں تھے، پنج سالہ شرح حیات ۵۱ فیصدی رہی، اور اس کے مقابلہ میں ان اصابات میں جن میں یہ غدد متاثر تھے (۵۴ اصابات) یہ شرح ۲۱ فیصدی پائی گئی۔ بونی یہ بیان کرتا ہے "لہذا عنق کے سرطانی سلعہ کی جراحی کے نتائج کا اظہار، جن کا حساب پانچ سال تک عود مرض نہ ہونے کے اساس پر کیا گیا ہے، بہترین طریقہ سے ان الفاظ میں کیا جا سکتا ہے کہ اس کی بدولت ہر ان پانچ اصابات میں سے جن پر عملیہ کیا جاتا ہے دو میں، اور ہر ان چار اصابات میں سے جو دیکھنے میں آ جاتے ہیں ایک میں، پانچ سال تک مرض عود نہیں کرتا"۔ چونکہ ۱۰ فی صدی میں عود مرض پانچویں سال کے بعد واقع ہوتا ہے اس لئے اس کا یہ خیال ہے کہ مطلق شفایابی کا دعویٰ کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ مریضہ دس سال تک عود مرض سے آزاد رہے۔ اس اصول پر بونی کی مطلق شفایابی کی شرح ۳۰ فیصدی ہے۔ اگر ابتدائی اموات کو بھی شامل کر لیا جائے تو "پنج سالہ شرح کامیابی" یا کلی شفایابی کی وہ شرح جو ۶۳ فیصدی شرح عملیہ پذیری پر مبنی ہے، دوسرے اسباب سے پیدا شدہ نقصانات کو منہا کرنے کے بغیر، ۲۴ فیصدی نکلتی ہے۔ اسکی دہ سالہ شرح کامیابی اسی قسم کے اعتبارات کے مدنظر ۱۹٫۴ فیصدی ہے۔

اس امر کے فیصلہ کا انحصار فی الحال شخصی رائے پر ہی رہنا چاہئے کہ آیا یہ نتائج، جنکے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ ایسے جراح کے حاصل کردہ ہیں جس کو اس عملیہ کا کئی سال سے بہت وسیع تجربہ ہے، شعاعیاتی علاج سے شفایابی کے غیر مشتبہ امکانات کے مقابلہ میں مذکورہ خطرات کو جائز قرار دیتے ہیں یا نہیں۔

علاماتی علاج۔ ترقی یافتہ اصابات میں بعض اوقات ایسے ذرائع اختیار کرنا ضروری ہوتا ہے جو مرض سے شفا دلانے کے بجائے تخفیف مرض کے لئے تجویز کئے گئے ہیں۔

---

[1] Transactions Med. Soc., Lond., Vol. 57, 1934, p. 196 et Seq.

اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ریڈیئم کے علاج سے مریضہ کو معتدبہ آرام ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، اور یہ علاج کا ایک ایسا طریقہ ہے جو بعض اصابات میں مفید ثابت ہو سکتا ہے اور جس کی طرف مستقبل میں توجہ دی جائے گی۔

جرف یا مکواۃ سے بالید کے متنخر تودوں کو دور کرنے کے لئے جزوی عملیہ انجام دینے کی سوائے ایک حالت یعنی شدید نزف کے، تائید نہیں کی جا سکتی۔ سرطانِ رحم میں صرف کبھی کبھی شدید جریانِ خون واقع ہوتا ہے، اور یہ گہرا پھیلنے والے تقرح سے پیدا ہوتا ہے جس سے عروق شعریہ سے بڑی جسامت کے عروق کھل جاتے ہیں۔ ایسے نزفات کو، جن میں مفرط گندیدہ مواد سے مزید اضافہ ہو جاتا ہے، متنخر بافت کی سطحی تہوں کو دور کرنے، اور جریانِ خون کے محل پر مکواۃ یا قابض الدم محلولات لگانے سے قابو میں رکھا جا سکتا ہے۔ جہاں تک جرف کا تعلق ہے خستگی کے حدود سے تجاوز نہ کرنا چاہئے جیسے دستانہ پوش انگلی سے معلوم کیا جا سکتا ہے۔ مکواۃ کے استعمال کا عموماً یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حیویت ربودہ بافتوں میں بعد میں وسیع اغشات واقع ہو جاتا ہے اور یہ مناسب ہوتا ہے کہ متکشف بافتوں کو کسی قابض الدم قوی محلول سے تر کر دیا جائے، جو مہبل میں اتنی مقدار میں ڈال دیا جاتا ہے کہ یہ اس سے پُر ہو جاتی ہے۔ موزوں محلولات ایسی ٹون (acetone) اور ٹنکچر آف آیوڈین (tincture of iodine) کے مساوی حصوں کا آمیزہ یا فارمیلین (formaline) کا ایک فیصدی محلول ہیں۔ محلول کو عنق کے تماس میں ۵ منٹ تک چھوڑ دینا چاہئے اور اس عمل کا حسب ضرورت تکرار کیا جا سکتا ہے۔

نہایت ترقی یافتہ اصابات میں مریضہ کے فائدہ کے لئے جو کچھ کیا جا سکتا ہے وہ صرف یہ ہے کہ سرطانی تقرح کی سطح کو متواتر نطولات سے صاف رکھا جائے، اور درد کو مارفیا کے مناسب استعمال سے رفع کیا جائے۔ بعض اصابات میں حال ہی میں پیش عجزی عصب (pre-sacral nerve) کو کاٹنے اور یہاں تک کہ حبل شوکی پر عملیہ کرنے سے بھی درد خیز ہیجانات کو خارج کرنے کی کوشش کی گئی ہے جس میں معتدبہ کامیابی ہوئی ہے۔ 553

علاج ناکردہ اصابات میں انذار۔ اس مرض کی ترقی کی رفتار، اور اس سے متاثر مریضوں کی توقع حیات کا اندازہ کرنا مشکل ہے۔ میک کارمیک اور لائٹش (Leitch) دو مشاہدین نے اپنی اپنی جگہ پر اصابات کے بڑے بڑے سلسلوں سے پہلی علامات کے ظاہر ہونے سے

موت کے واقع ہونے تک کی مدت کا اندازہ کیا ہے۔ ان کے نتائج آپس میں بہت مشابہ ہیں، اور دونوں سلسلوں کے یہ وقفے فرداً فرداً ۱ $\frac{6}{12}$ اور ۱ $\frac{9}{12}$ سال دریافت ہوئے ہیں۔ یہ خیال جو بعض اوقات ظاہر کیا جاتا ہے کہ نوجوان عورتوں میں انذار نسبتاً غیر مساعد ہوتا ہے، وزارتِ صحت کے اعداد و شمار سے صحیح ثابت نہیں ہوتا، اور ان سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ شرح حیات میں مختلف عمروں میں بہت کم اختلاف پایا جاتا ہے، اور جو اختلاف موجود ہے وہ کم عمر عورتوں کی موافقت میں ہے۔ بالید کی ترقی کی رفتار اس کی نسیجیاتی قسم سے کسی قدر متاثر ہوتی ہے، اور "دوکی خلیہ دار سرحلمی سلعات ("spindle-cell'' epitheliomata) خبیث ترین ہیں (دیکھو صفحہ 522)۔

عنق کے سرطانی سلعہ سے موت واقع ہونے کے اسباب اکثر ان پیچیدگیوں میں پائے جاتے ہیں جو مرض کے متاخر مدارج میں عارض ہوتی ہیں۔ جو اسباب سب سے زیادہ کثرت سے دیکھنے میں آتے ہیں وہ عفونتی سرایت کا انتشار باریطون اور گردوں تک ہے۔

جسمِ رحم کا سرطان

امراضیاتی تشریح۔ جسمِ رحم کا سرطان دروں رحمہ میں اس کی سطح یا اسکے غدد کے سرحلمہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ تندرست رحم پر یا ایسے رحم پر جس میں پہلے ہی سلعہ لیفیہ موجود ہو حملہ آور ہو سکتا ہے۔ اصابات کی بہت بڑی اکثریت میں کہفۂ رحم کا بالائی حصہ سب سے پہلے متاثر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۳۴)۔ جوں جوں یہ مرض ترقی کرتا ہے اس کا رجحان تمام غشائے مخاطی کو ماؤف کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس حالت میں خالی آنکھ سے امتحان کرنے پر یہ بعض اوقات ایک یا دو مختلف اقسام کا دکھائی دیتا ہے۔ **بصلی** (tuberous) قسم میں جو زیادہ عام ہے نو بالید کے بڑے بڑے تودے بن جاتے ہیں جو باہر کی طرف نکلے ہوئے اور بے سانچہ ہوتے ہیں، اور ان سے کلانی یافتہ کہفۂ رحم کم و بیش مکمل طور پر پُر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴۳۳)۔ **حلیمی** (papillary) قسم میں جو اس سے زیادہ قلیل الوقوع ہے نو بالید نازک سعدانہ نما زائدوں کی ایک بڑی تعداد پر مشتمل ہوتی ہے جو بعض اوقات شاخدار ہوتے ہیں اور بعض ایسے تجاویف سے جوان کی سطح پر ہوتے ہیں محض منقسم ہوتے ہیں

(دیکھو شکل ۳۰۵، صفحہ 514، اور ۳۳۵)۔ بعض اصابات میں مرض کا یہ سریع انتشار تمام سطحِ رحم پر دیکھنے میں نہیں آتا، بلکہ اسکی جگہ ایک ہی مقام پر بالید کا ایک تودہ پایا جاتا ہے، اور اس حالت میں نوساخت سعدانہ نما (polypoidal) قسم کی ہوتی ہے (دیکھو شکل ۳۳۴)۔

عنقی دروں رحمہ پر حملہ آور ہونے کے لیئے یہ مرض شاذونادر ہی فم داخلی سے آگے بڑھتا ہے، اور رحم کی لیفی عضلی دیوار پر حملہ، سرطانِ عنق کے مقابلہ میں دیر بعد ہوتا ہے، گو ترقی یافتہ اصابات میں خالی آنکھ سے یہ ہمیشہ دکھائی دیتا ہے۔ تحتی اعمال بالعموم عروج پر ہوتے ہیں اور بالید کا تقرح، جو سرطان عنق میں اس قدر کثیر الوقوع ہے، اس میں زیادہ شاذ ہے۔ اس فرق کی توجیہ غالباً اس امر سے ہوتی ہے کہ جوفِ رحم خارجی سرائت سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہوتا ہے۔ جسمِ رحم کی کلانی بالعموم صرف متوسط درجہ کی ہوتی ہے۔ یہ سلعات شاذونادر ہی بڑی جسامت اختیار کرتے ہیں، لیکن سپنسر نے ایک استثنائی مثال کا اندراج کیا ہے جس میں رحم کا وزن ۱ پونڈ ۱½ اونس تھا، اور اس کا طول ۵¼ انچ۔ رحم کا طبعی خاکہ عام طور پر قائم رہتا ہے، کیونکہ دیوارِ رحم پر بالید کا حملہ آہستہ آہستہ ہوتا ہے، اور سوائے ترقی یافتہ مدارج کے یہ باریطونی طبقہ تک شاذونادر ہی پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۳۰۴، صفحہ 513، اور ۳۰۵، صفحہ 514)۔ یہ بالید قرنِ رحم سے لیکر فلوپی نلی کے رخنی حصہ تک اکثر پھیل جاتی ہے۔

554

خرد بینی مناظر۔ جسمِ رحم کا سرطان بخلاف سرطانِ عنق تقریباً ہمیشہ غدی قسم کا ہوتا ہے، لیکن جسمی دروں رحمہ کے ابتدائی قشری خلیہ دار سرطان (primary squamous-celled cancer) کی چند مثالیں بیان کی جا چکی ہیں۔

ایڈینو کارسینوما (Adeno-carcinoma) یعنی غدی سرطانی سلعہ دو مختلف شکلیں اختیار کر سکتا ہے۔ (۱) انبیبی (tubular) اور (۲) جوفیزی (alveolar)۔ اس امر میں ابھی اختلافِ رائے ہے کہ ان میں سے زیادہ عام قسم کونسی ہے۔

(۱) انبیبی قسم مختلف شکل اور جسامت کے غدی انبیبات کے بے قاعدہ اور بہت مفرط تکاثر پر مشتمل ہوتی ہے۔ یہ انبیبات ایک دوسرے کے ساتھ متماس ہوتے ہیں اور ہیکل بہت قلیل ہوتا ہے۔ انبیبات کا استر بلند ستونی سرحلمہ کا ہوتا ہے، اور یہ طبعی غددِ رحم کے سرحلمہ سے خلیات کے نواتات کے محل اور ان کے خواص کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔

نو اتات مختلف لبولوں پر ہوتے ہیں، ان کی شکلیں مختلف ہوتی ہیں اور ان میں بالواسطہ انقسام (mitosis) کے اشکال موجود ہوتے ہیں، نیز ان کی تکوین میں وہ یکساں گہرائی نہیں پائی جاتی جو سیلیم سرطمہ کے نو اتات میں پائی جاتی ہے۔ بڑھتے ہوئے ابیبات میں سے یا تو باہر کی طرف سے شاخیں پھوٹتی ہیں (بروں گردیدہ قسم :everting type)(دیکھو شکل ۳۳۶

شکل ۳۳۴۔ جسم رحم کا سرطانی سلعہ۔ کثیر الولادت، عمر ۴۹ سال۔ یہ بالیدِ بصلی تودوں پر مشتمل ہے جو قعر سے پیدا ہوئے ہیں، اور کہفۂ رحم میں ابھر کر نکلے ہوئے ہیں۔ یہ بالید دروں رحمہ کے نیچے سے فم داخلی تک پہنچ گئی ہے۔ لیفی عضلی بافت پر جو حملہ ہوا ہے وہ صاف دکھائی دے رہا ہے۔

اور ۳۳۷) یا ان کے درونوں میں حلیمی زوائد کی ایک تعداد پیدا ہو جاتی ہے (دروں گردیدہ قسم

(inverting type: (دیکھو شکل ۳۳۸)۔ بروں گردیدہ اور دروں گردیدہ دونوں قسمیں اکٹھی واقع ہوتی ہیں، اور ان کی کوئی امتیازی اہمیت نہیں۔ بڑھتی ہوئی کور پر انبیبیات بعض اوقات دیوارِ رحم کی ساختوں پر حملہ کرتے ہوئے اور انھیں تباہ کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

شکل ۳۳۴۔ جسمِ رحم کا سرطانی سلعہ ابتدائی مدارج میں۔ مریضہ کی عمر ۵۳ سال۔ بالیدہ ایک سعدانہ نما تودہ کی شکل کی تھی، اور دائیں قرنِ رحم سے ایک قاعدہ کے ذریعہ سے جو نسبتہً تنگ تھا چسپیدہ تھی۔

شکل ۳۳۵۔ شیخوخی رحم کے جسم کا سرطانی سلعہ۔ بالیدہ حلیمی (پیپلری) یا خملی (وِلس) تودوں سے مرکب ہے جو فمِ داخلی سے بروز کر آئے ہیں اور جن سے عنق متسع ہو گئی ہے۔

انفرادی انبیبیات کا سرحلہ اس قدر متکاثر نہیں ہوتا کہ اس سے درونہ پُر ہو جائے۔ بعض حصوں میں بالیدہ اکثر نازک، مرکب اور شاخدار حلیموں کے تودوں پر مشتمل ہوتی ہے، اور ان حلیموں کا مرکزی حصہ اتصالی بافت سے مرکب اور بہت کثیر العروق ہوتا ہے، اور یہ ستونی سرحلہ کی دو یا تین تہوں سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ حلیموں کے سطحی خلیات بے قاعدہ طور پر بافراط متکاثرہ ہو جاتے ہیں، اور خلیات کے جزیرے جو حلیموں سے علیحدہ ہو جاتے ہیں خرد بین کے میدان میں

اکثر دکھائی دیتے ہیں۔

خبیث غدی سلعہ (Adenoma Malignum)۔ بعض اصابات میں جسمِ رحم کے ابیبیبی سرطان میں کسی قدر مختلف خصائص پائے جاتے ہیں۔ بالیدا نبیبیبات کے ایک اجتماع پر مشتمل ہوتی ہے جن کے خواص بالکل معین اور یکساں ہوتے ہیں، اور ان کا استر باقاعدہ سرحلمہ کی ایک ہی تہ سے مرکب ہوتا ہے۔ ہیکل قلیل المقدار ہوتا ہے، اور انبیبیبات لیفی عضلی دیوار پر حملہ آور ہو کر اسے تباہ کر دیتے ہیں، اور اگر بالیدجرف سے الگ کر دی جائے تو

556

شکل ۳۳۶۔ جسمِ رحم کا غدی سرطانی سلعہ (Adeno Carcinoma)۔x۲۰۔ انبیبیبی سرطانی سلعہ کی بروں گردیدہ (everting) قسم ابتدائی درجہ میں دکھائی گئی ہے۔

یہ پھر عود کر آتی ہے۔ سی۔ روج (C. Ruge) نے اس قسم کو ایڈینو ما میلگنم (خبیث غدی سلعہ) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ خبیث غدی سلعہ کی تفریق اس سلیم غدی تکاثر سے جس کے مختلف مدارج ابتدائی ریزینہ میں دیکھے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 102)، نزفی رحمی مرض (میٹرو پیتھیا ہیمو ریجیکا) سے، نیز سلیم

غدی سلعہ (دیکھو شکل ۳۵۸، صفحہ 443) سے کرنے میں بعض اوقات دقتیں پیش آتی ہیں۔ خلیات کے نواتات میں خباثت کے امارات شناخت کرنے کے لئے مجروفات کی بہت سی تراشوں کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

(۲) **جوفیزی قسم۔** بعض مشاہدین نے یہ بیان کیا ہے کہ جسم رحم کے سرطان کی یہ قسم انبیبی قسم سے زیادہ عام ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ بعض ماہرین امراضیات ان شاذ اصابات ہی کو

شکل ۳۴۷۔ جسم رحم کا غدی سرطانی سلعہ (Adeno Carcinoma) - ۳۰× - انبیبی سرطانی سلعہ کی بروں گردیدہ (everting) قسم مترقی مدارج میں دکھائی گئی ہے۔ یہ غور سے دیکھا جائے کہ انبوبی زائدے بدائی درجہ کے مقابلہ میں (دیکھو شکل ۳۳۶) زیادہ پیچیدہ ہیں۔

انبیبی قرار دیتے ہیں جن میں سرحلمہ میں کبھی خلیات کی صرف ایک ہی تہ موجود ہوتی ہے، یعنی زوج کے خبیث غدی سلعہ کو۔ جوفیزی سرطانی سلعہ کے نمایاں ترین نسیجیاتی خصائص یہ ہوتے ہیں کہ غدد میں خلیات کی کئی ایک تہیں پائی جاتی ہیں اور ان (خلیات) کی شکل اور جسامت بے قاعدہ ہوتی ہے۔ غدد کے درونے جلد ہی پُر ہو جاتے ہیں، اور اس طرح خلیات کے ٹھوس شاخدار ستون بن جاتے ہیں جن کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے سے بڑے بڑے ٹھوس سرطانی تودے بن جاتے ہیں (دیکھو شکل ۳۴۹)۔ موخرالذکر کے

مرکزی خلیے شکستہ ہوجاتے ہیں اور اس طرح جوفیزے (ایلویولائی) بن جاتے ہیں جن سے "جوفیزی" سرطانی سلعہ کی اصطلاح مشتق ہے۔ مرکزی انحطاط اس میں اسی طرح پیدا ہوتا ہے جس طرح یہ عنق کے فلسمانی خلیہ دار سرطان کے ٹھوس تودوں میں دیکھنے میں آتا ہے، اور یہ مشابہت ایسی ہے کہ اس کی وجہ سے بعض فلسمانی خلیہ دار سرطانات غلطی سے غدی سرطانی سلعات تصور کئے جا چکے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ جوفیزی سرطان کی خباثت غدی سرطانی سلعہ کی انبیبی قسم کی خباثت سے درجہ میں زیادہ ہوتی ہے (دیکھو شکل ۳۳۶ اور ۳۳۸)۔

انبیبی اور جوفیزی سرطانی سلعات کی نسیجیاتی تفریق جسم رحم کے سرطان کے ان اقسام سے جو خالی آنکھ کی مدد سے کی گئی ہے کچھ واسطہ نہیں رکھتی اور ان سے اس کا کوئی واضح تعلق نہیں۔ چنانچہ اس مرض کے ابتدائی مدارج میں خالی آنکھ سے دیکھ کر یہ بتانا کہ سرطان کی کونسی قسم موجود ہے ناممکن ہوتا ہے۔ فقط اتنا کہا جا سکتا ہے کہ عضلی دیوار کی تباہی جتنی زیادہ عمیق اور وسیع ہو جوفیزی سرطان کی موجودگی کا اتنا ہی زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

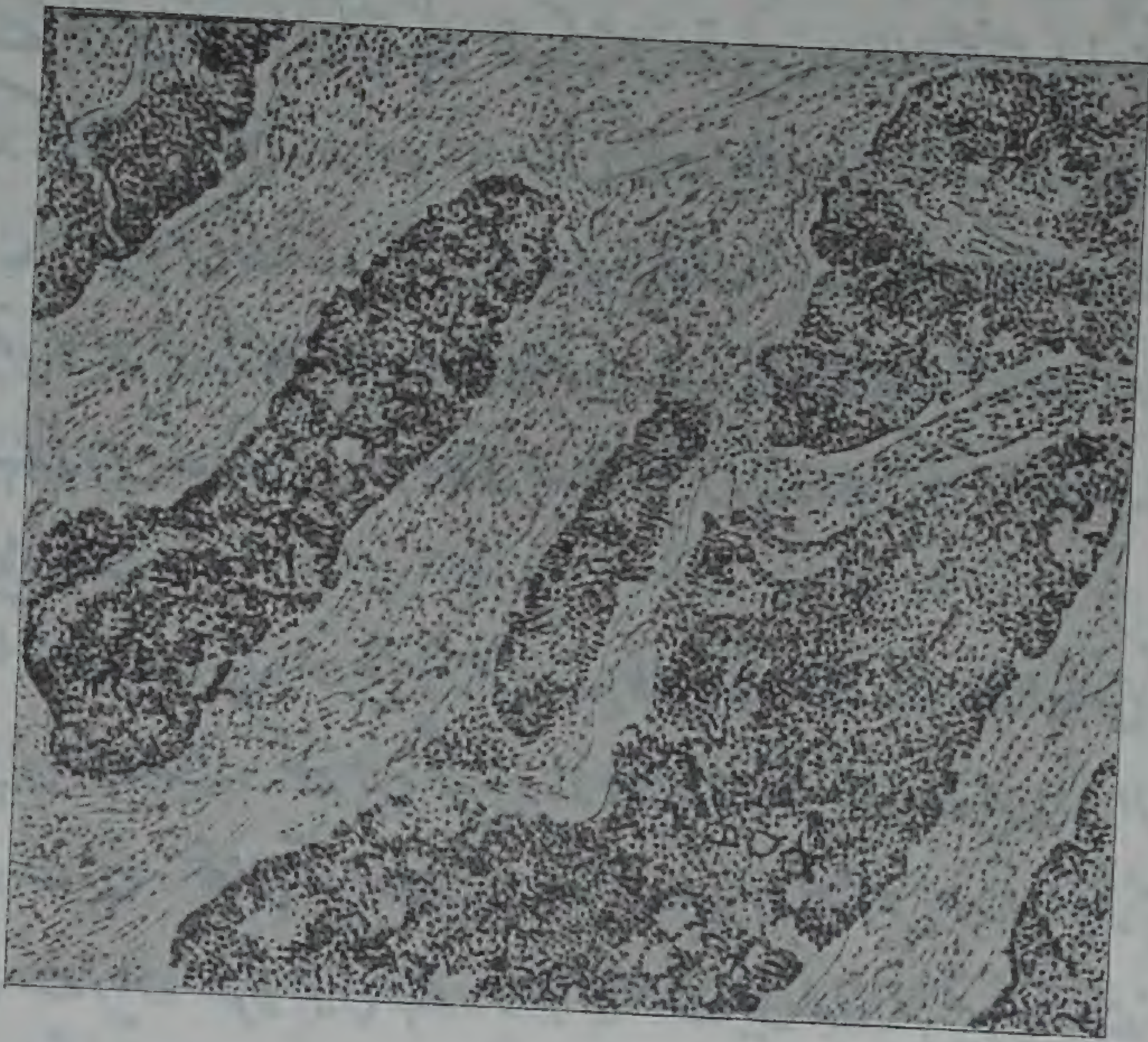
قشری خلیہ دار سرطان (Squamous-celled Cancer)۔ مزمن دروں رحمی التہاب کے اصابات کی ایک قلیل تعداد میں یہ امر مشاہدہ میں آچکا ہے کہ سطح کے طبعی ستونی سرحلمہ کی جگہ مطبق فلسمانی سرحلمہ کے منفرد قطعات پیدا ہوجاتے ہیں۔ طویل المدت خراش جو خلوی بعد تکوین پر منتج ہوتی ہے، اس نام نہاد بیاضی سطحیت (لیوکوپلیکیا) کا سبب تصور کیگئی ہے۔ یہ بھی بیان کیا جا چکا ہے کہ ابتدائی فلسمانی خلیہ دار سرطان کے چند اصابات جسم رحم میں بھی پائے گئے ہیں۔ ان میں سے بعض میں تمام بالید اسی قسم کی تھی، اور بعض میں چند حصے فلسمانی خلیہ دار، اور چند غدی سرطانی تھے۔ ان کی شناخت محض خردبینی امتحان سے کیجا سکتی ہے، جبکہ ویسے ہی سرحلمی موتی اور عمومی مناظر پائے جاتے ہیں جیسے کہ عنق کی اسی قسم کی بالیدہ کے سلسلہ میں بیان کئے گئے ہیں۔

جسم رحم کے سرطان کی توسیع۔ جب سرطان جسم رحم میں واقع ہوتا ہے تو یہ سرطان عنق کی نسبت رحم تک زیادہ عرصہ تک محدود رہتا ہے۔ دیوار رحم میں زیادہ سرعت سے دررزش کرنے کی طرف اس میں میلان نہیں پایا جاتا، اور لمفی سرائت بھی آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ لہٰذا سرطان جسم کے قابل عملیہ اصابات میں سرطان عنق کے اصابات کی نسبت لمفی غدی سرحات کم کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ جو عروق لمف جسم رحم کی سیلیت کرتے ہیں وہ رباط عریض کے

بالائی کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں، اور یہاں یہ بیض اور فلوپی نلی سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ آگے چل کر حوض کی لگر کے اوپر، یہ بیضی عروق کے ساتھ ہو لیتے ہیں، اور قطنی غدد کے جانبی سلسلوں میں مل جاتے ہیں جو شو کی عمود کی ہر ایک جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں ایک لمفی عرق قعرِ رحم سے غدد کے اربی سلسلہ تک مستدیر رباط کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ بہرحال ان غدد میں سے کوئی ایک بھی مرض کے بہت ترقی یافتہ مدارج کے سوا کلانی یافتہ نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ان

شکل ۳۳۸۔ جسمِ رحم کا غدی سرطانی سلعہ (Adeno -carcinoma) - ۳۰x-
اپیتھیلی سرطانی سلعہ کی دروں گردیدہ (inverting) قسم دکھائی گئی ہے۔
اپیتھیلیات کے زائدے درونوں کے اندر بن گئے ہیں۔

558 سرطانی خلیات کے بلا واسطہ انتصاب سے جو رحم سے مواد کے ساتھ نیچے کی طرف چلے آتے ہیں، یا شاید پیچیدہ رحمی مہبلی لمفی نظام میں نفوذ ہو جانے سے مہبل میں ثانوی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ انجام کار باریطون اور حوضی خلوی بافت اسی طرح در ریختہ ہو جاتی ہے جس طرح کہ یہ سرطانِ عنق میں ہو جاتی ہے، لیکن اس وقت تک ایسا نہیں ہوتا جب تک کہ مرض بہت زیادہ ترقی نہیں کر جاتا۔ اس حالت میں نتائج تقریباً ویسے ہی ہوتے ہیں، اور مہلک اصابات میں

جگر، ترب، برگردوں وغیرہ میں سروحات کا انکشاف کیا جاچکا ہے۔
رحمی اجتماعِ ریم (pyometra) سرطانِ عنق (دیکھو شکل ۱۴۱، صفحہ 418)

شکل ۳۳۹۔ جسمِ رحم کا غدی سرطانی سلعہ (Adeno-carcinoma)۔
جوفیزی قسم۔ سرطانی خلیات ایسی فضاؤں میں مرتب ہیں جو بہت ہی قریب قریب ہیں، اور لیفی عضلی بافت سے محدود ہیں جو ابھی تک بخوبی محفوظ ہے۔ ان فضاؤں کے مرکز میں خلیات کے شکستہ ہونے سے "جوفیزے" پیدا ہوئے ہیں۔

اور سرطانِ رحم (دیکھو صحفہ ۱۰، صفحہ 420) دونوں کے ترقی یافتہ مدارج کی ایک مشترکہ پیچیدگی ہے، مزید برآں رحمی اجتماع الدم (hæmatometra) بھی پایا جاتا ہے اگرچہ یہ بہت نادرالوقوع ہے۔

جسمِ رحم کے سرطان کے سریری خصائص

سرطانِ رحم کے جسم میں اس کی عنق کی نسبت زیادہ نادرالوقوع ہے، اور اسکا تناسب

تقریباً ١ اور ١٠ ہے۔ جسمِ رحم کے سرطان کے مندرجہ اصابات میں سے ٢٠ فیصدی عدیم الاولاد عورتوں میں پائے جاتے ہیں۔ اور جو صاحبِ اولاد عورتیں اس سے متاثر ہوتی ہیں ان کی استعدادِ تولید نسبتہً کم ہوتی ہے، اور ان میں سے ہر ایک میں بچوں کی اوسط تعداد دو سے لیکر تین تک پائی گئی ہے۔ عمر کے جس حصہ میں سرطان عنق پایا جاتا ہے یہ اس سے کسی قدر بعد کے حصہ میں یعنی ٥٠ اور ٦٠ سال کے درمیان نہایت کثرت سے نمودار ہوتا ہے۔ لہٰذا عورتوں پر سن یاس کے شروع ہونے سے پہلے کے زمانے کی نسبت اس کے بعد کے زمانہ میں اس مرض کا حملہ ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ وزارت صحت کے اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ اس کے وقوع کی اوسط عمر سرطانِ عنق کے وقوع کی اوسط عمر سے تقریباً آٹھ سال زیادہ ہے۔

ابتدائی مدارج۔ جسمی سرطان کے علامات سرطان عنق کے علامات سے بہت قریبی مشابہت رکھتے ہیں، مگر یہ زیادہ دیر سے ظاہر ہوتے ہیں اور ان کے خصائص کم نمایاں ہوتے ہیں۔ تخریبی تغیرات اس حد تک ہرگز واقع نہیں ہوتے کیونکہ جسمی بالیدہ جراثیم کے حملہ سے زیادہ محفوظ ہوتی ہے۔ دورانِ صحت میں کہفۂ رحم عقیم ہوتا ہے، مگر مہبل میں ہمیشہ کثیر التعداد گند خور عضویات موجود ہوتے ہیں۔ لہٰذا جو موادات جسمی سرطان سے خارج ہوتے ہیں وہ سرطانِ عنق کے موادات کے مقابلہ میں نہ تو اتنا جلد گندیدہ ہوتے ہیں اور نہ اتنے بدبودار ہوتے ہیں۔ مزید برآں جریان خون کی مقدار بھی کم ہوتی ہے، اور یہ درحقیقت شاذ و نادر ہی مفرط ہوتا ہے۔ یہ خون آلود مواد کی عام شکل میں نمودار ہوتا ہے، اور یہ اولین علامت ہے۔ بہت سے مریضوں میں اس کی مقدار اتنی خفیف ہوتی ہے کہ یہ مریض کے مشورہ حاصل کرنے سے پہلے کئی مہینے سے موجود ہوتا ہے۔

بنابریں یہ ظاہر ہے کہ ابتدا میں سرطانِ جسم کی شناخت سرطانِ عنق کی شناخت سے زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ اور سن رسیدہ عورت میں بے قاعدہ جریانِ خون کے پائے جانے کی صورت میں (خواہ وہ کتنا ہی خفیف کیوں نہ ہو) مکمل مقامی امتحان کی ضرورت پر ہم ایک مرتبہ اور زور دیتے ہیں۔ چونکہ یہ ایک واقعہ ہے کہ مرض کے محل تک بلاواسطہ امتحان سے رسائی نہیں ہو سکتی، اس لئے ترقی یافتہ مدارج میں بھی طبیعی امارات سرطانِ عنق کے مقابلہ میں بہت کم واضح ہوتے ہیں۔ مقامی امتحان کرنے سے بیشتر علامات سے، خواہ یہ سرطان کے وجود پر ہی

کیوں نہ دلالت کرتے ہوں اس کے محل کا پتہ نہیں چلتا، اور یہ درحقیقت دیوارِ مہبل، عنق یا جسمِ رحم میں پایا جا سکتا ہے۔ اگر دونوں قبل الذکر حصے تندرست پائے جائیں تو بعد میں توجہ جسمِ رحم کی طرف کی جاتی ہے۔ اصابات کی ایک بڑی اکثریت میں دودستی امتحان کرنے سے یہ کلانی یافتہ پایا جائیگا اگرچہ ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا (دیکھو شکل ۳۳۴، صفحہ 555)۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ کلانی رحم پر مریضہ کی عمر کے لحاظ سے غور کرنا چاہیئے۔ رحم کی جو جسامت کثیر الولادت عورت کیلئے صنفی فعالیت کے زمانہ میں طبعی ہوگی وہ ایسی عورت کیلئے جس کا سن یاس گذر چکا ہو غیر طبعی طور پر زیادہ ہوگی۔ اگر مرض کسی ایسی عورت کے مذبول رحم پر حملہ آور ہو جس میں سن یاس زمانہ سے گذر چکا ہو تو یہ، رحم کے طبعی جسامت سے چھوٹا ہونے کے باوجود، ترقی یافتہ درجہ میں پایا جا سکتا ہے۔ (دیکھو شکل ۳۳۵، صفحہ 555)۔ یہ ایک اہم امر ہے اور اسے ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ سرطان کی موجودگی کے امکان کو رحم کے مذبول ہونے کی وجہ سے خارج نہیں کیا جا سکتا۔

سرطان سے پیدا شدہ کلانی متوسط درجہ کی اور یکساں ہوتی ہے۔ کلانی کا سوال اس امر سے پیچیدہ ہوتا ہے کہ سلعات لیفیہ سرطانِ جسم کے ساتھ بالعموم پائے جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رحم کی شکل بعض اوقات بے قاعدہ ہوتی ہے، اور اس کی جسامت میں بھی غیر طبعی کلانی پائی جاتی ہے (دیکھو صحفہ ۲۵، صفحہ 484)۔ حرکت پذیری کم نہیں ہوتی تاوقتیکہ یہ مرض سرطانِ عنق کی نسبت زیادہ ترقی یافتہ درجہ کو نہ پہنچ جائے۔

لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ اس مرض کی شناخت کیلئے دودستی امتحان کے علاوہ کسی اور چیز کی بھی ضرورت ہے، اور یقینی تشخیص صرف کہفہ رحم کا استقصاء کرنے ہی سے کی جا سکتی ہے۔ یہ طریقۂ عمل سرطانِ جسم کی حالت میں خطرہ سے ہرگز خالی نہیں ہوتا۔ اگر مرض ترقی یافتہ ہو تو مجسّہ (sound)، موسّع (dilator)، یا مجرف (curette) سے دیوارِ رحم میں آسانی سے انثقاب واقع ہو سکتا ہے، اور یہ ایک ایسا حادثہ ہے جو رحم کے فوری استیصال کا مقتضی ہوتا ہے۔ مجسّہ سے ہنگامی استقصاء کرنے کی جس قدر بھی مذمت کی جائے کم ہے۔ استقصاء تمام دافع عفونت اور دوسری قسم کی احتیاطوں کے ساتھ کرنا چاہیئے جن کا ذکر ان عملیہ جات کے سلسلہ میں کیا گیا ہے جو براستہ مہبل کئے جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 837)۔ عنق کو کافی حد تک متسع کرنا چاہیئے تاکہ مجرف بغیر کسی مزاحمت کے داخل ہو سکے، اور بعد میں رحم کی مسیلیت بخوبی ہوتی رہے۔ اتساع کے دوران میں بافت کے ٹکڑے اس اوزار سے علیحدہ ہو کر اکثر عنق سے

باہر نکلتے ہیں اور یہ خستگی پذیر بافت کے زردی مائل رمادی یا متغیر اللون حصوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور تشخیص کی تکمیل کے لئے بغیر کسی مزید استقصاء کے ان کا منظر ہی کافی ہوتا ہے۔ جن حالتوں میں مرض زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو ان میں مجرف (curette) کا استعمال احتیاط اور نرمی سے کرنا چاہیئے۔ اگر مجرف کے استعمال سے کوئی نتیجہ حاصل نہ ہو تو اتساع یہاں تک کرنا چاہیئے کہ کہفۂ رحم کا استقصاء بہ انگلی سے کیا جا سکے۔

ترقی یافتہ مدارج ۔ جسم رحم کے سرطان کے ترقی یافتہ مدارج میں بدبو دار مواد پایا جاتا ہے جو بالیدہ کے تقرح سے پیدا ہوتا ہے، اور رحمی اجتماعِ ریم (pyometra) اکثر پیدا ہو جاتا ہے۔ موخر الذکر حالت بعض اوقات رحم کی معتدبہ کلانی پر منتج ہوتی ہے جو اس کے کہفہ کے اتساع کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔ طویل المدت اصابات میں بالیدہ کی بلا واسطہ عابر البعار یطون توسیع سے جس سے یہ ثرب، معائے مستقیم کی دیوار، حوضی قولون یا اعور تک پہنچ جاتی ہے، تثبیت واقع ہو جاتی ہے۔ انجام کار خلوی بافت کبھی در ریختہ ہو جاتی ہے، مگر یہ حالت سرطانِ عنق کے مقابلہ میں بہت دیر سے پیدا ہوتی ہے۔ ناسوری ربط مثانہ یا امعاء کے ساتھ شاذ و نادر ہی بنتا ہے، لیکن دوسرے اعتبارات سے اس مرض کے آخری مدارج انہی مدارج کے مشابہ ہیں جن کا ذکر سرطانِ عنق میں کیا جا چکا ہے۔

جسم رحم کے سرطان کا علاج ۔ یہ کہا جا سکتا ہے کہ اس مرض کے علاج کیلئے زمانۂ حال تک استیصالی عملیہ ہی کو ترجیح دی جاتی رہی ہے، اور اس کے وجوہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) یہ عملیہ آسان ہے، اور منتخب اصابات میں اس کی شرح اموات اس ہسٹریکٹومی (رحم برآری) کے مقابلہ میں جو سلعات لیفیہ کیلئے کی جاتی ہے، ذرا ہی زیادہ ہے۔ ورتھائیم کی وسیع کلی رحم برآری جسم رحم کے سرطان کے اصابات کے لئے ضروری نہیں۔ (۲) یہ مرض سرطانِ عنق کے مقابلہ میں بہت زیادہ عرصہ کیلئے رحم تک محدود رہتا ہے، اور اس لئے جراحی طریقہ ہائے کار کے دوران میں قرب و جوار کے اعضا کو ضرر پہنچنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ (۳) اس عملیہ کی پنج سالہ فیصدی شرح شفایابی سرطانِ عنق کے مقابلہ میں زیادہ ہے۔

جسم رحم کے سرطانات کے متعلق جو اعداد و شمار ممکن الحصول ہیں وہ سرطانِ عنق کے اعداد و شمار کے مقابلہ میں کم ہیں، لیکن مختلف ماخذ سے جمع کردہ ۵۰۰ عملیہ جات کے ایک سلسلہ میں

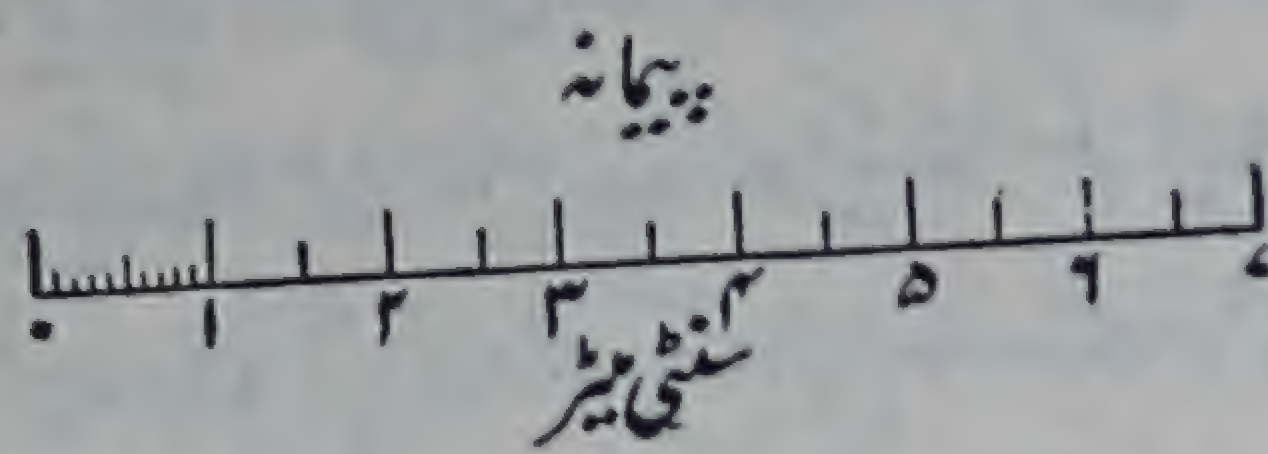
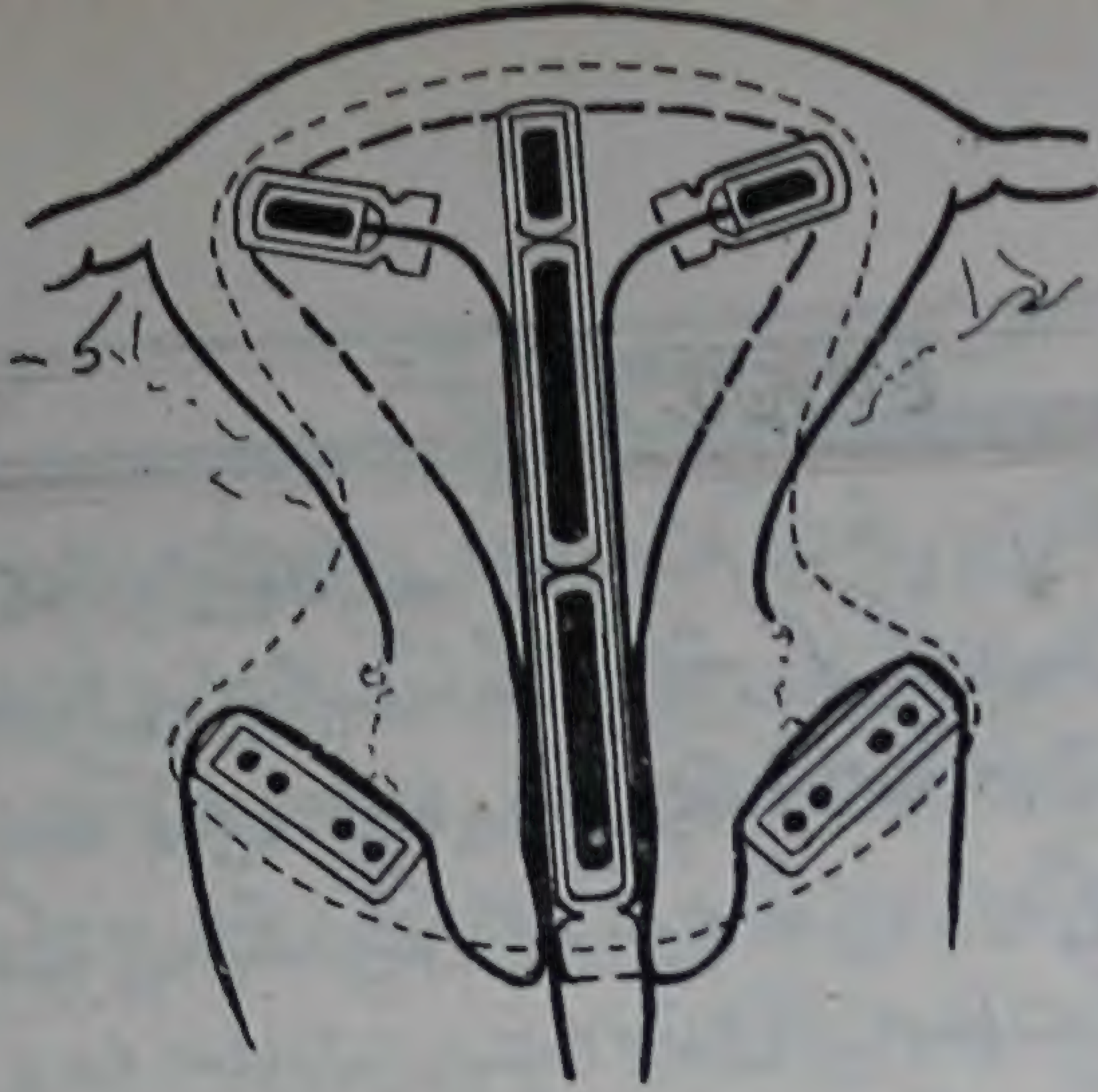
"خالص شرحِ حیات" ۶۰ فیصدی تھی۔[1]

مذکورہ بالا دلائل پر، جو عملیہ کی تائید میں پیش کئے گئے ہیں حال ہی میں شعاعی علاج کے مؤیدین نے اعتراضات کئے ہیں۔ ان کا یہ دعویٰ ہے کہ شعاعیاتی علاج سے بھی اتنے ہی اچھے نتائج حاصل ہوسکتے ہیں جتنے اچھے کہ عملیہ سے ہوتے ہیں۔ میونچ کے ایف۔ والٹز[2] (F. Voltz) نے ۶۵ اصابات میں سے ۴۳ قابلِ عملیہ اصابات کے ایک سلسلہ (۶۶ فیصدی) کا اندراج کیا ہے جو تنہا تشعیع ہی کے علاج سے پانچ سال کے اختتام تک زندہ اور تندرست رہے۔ مزید برآں ۴۲ اصابات کے ایک سلسلہ میں سے جو سریری طور پر ناقابلِ عملیہ تھے ۶ مریض (۱۴٫۳ فیصدی) زندہ اور تندرست تھے۔ میونچ ڈوڈرلین کلینیک سے حاصل کئے ہوئے اور سٹاکہالم ریڈیم ہیمیٹ کے ہیمین (Heyman) کے شائع کردہ اعداد سے اس نے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ "یہ بالکل ظاہر ہے کہ جسمِ رحم کے سرطانی سلعہ کے شعاعی علاج کے نتائج استیصالی عملیہ کے نتائج کے برابر برابر ہیں"۔ ہیمین نے یہ بھی کہا ہے کہ "ہم اپنے نتائج کے مدِنظر اس خیال سے جو تقریباً عالمگیر ہے، اتفاق نہیں کر سکتے کہ "جسمِ رحم کے سرطانی سلعہ کا شعاعیاتی علاج جراحی علاج کا مقابلہ نہیں کر سکتا"۔ بخلاف اس کے ریگاڈ (Regaud) کا یہ خیال ہے اور فرانس میں بھی عموماً یہی خیال پایا جاتا ہے کہ جسمِ رحم کا سرطان تشعیع کیلئے غیر حساس ہے، اور اسکا استعمال صرف ترقی یافتہ حالتوں میں بطورِ تخفیفِ مرض کرنا چاہیے۔ اس ملک (انگلستان) میں میری کیوری ہاسپیٹل (Marie-Curie Hospital) کے ای۔ ہرڈن (E. Hurdon) اور ایچ۔ چیمبرس[3] (H. Chambers) کی یہ رائے ہے کہ جسمِ رحم کے سرطان کے عملیہ پذیر اصابات میں تشعیعی علاج کے نتائج بظاہر جراحی نتائج کے مساوی ہیں۔ اس فیصلہ کے سلسلہ میں کہ کونسا طریقۂ علاج اختیار کیا جائے اس امر کا اظہار کیا جاسکتا ہے کہ بہترین نتائج اصابات کا سختی سے انتخاب کرنے سے حاصل ہوں گے۔ اگرچہ ۵ فیصدی ابتدائی عمومی عملیتی شرح اموات کے مقابلہ میں شعاعی علاج کی شرح اموات ۲ فیصدی یا اس سے کم ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیے کہ

---

[1] System of Gynæcology. Eden & Lockyer. Vol. III.

[2] *Brit. Med. Journal*, 1932, No. 3750, p. 908.

[3] *Proc. Roy. Soc. Med.*, Vol. XXVI, April, 1933.

(ا) یہ شکل جسم رحم کے سرطان کے علاج میں ریڈیم کے ملساقات کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔
نقطہ دار خط سے کارگر اثر کا احتمالی منطقہ ظاہر کیا گیا ہے ۔

دھات	موٹائی	پردے	پلاٹینم کی موٹائی	مشمول	ریڈیم
پلاٹینم	۰٫۵ ملی میٹر		۰٫۵ ملی میٹر	۳۰ ملی گرام عنصر	
پلاٹینم	۰٫۵ ملی میٹر		۰٫۵ ملی میٹر	۲۰ ملی گرام عنصر	
پلاٹینم	۰٫۵ ملی میٹر				
چاندی	۲ ملی میٹر		۰٫۵ ملی میٹر	۲۵ ملی گرام عنصر	
			۰٫۳ ملی میٹر	۵ ملی گرام عنصر	
چاندی	۲ ملی میٹر		۱ ملی میٹر	۲۵ ملی گرام	
			۱ ملی میٹر	۸ ملی گرام	

(ب) ملساقات اور پردے جو جسم رحم کے سرطان کے علاج کیلئے مبری کیوری ہاسپٹل لنڈن میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ (چیمبرس اور ہرڈن۔)

شکل ۳۴۰۔

منتخبہ اصابات میں عملیہ کا خطرہ تقریباً معدوم ہے' اور جراحی سے شفا پانے والے اصابات کی شرح زیادہ ہے۔ جن اصابات میں سلعاتِ لیفیہ یا انبوبی مبیضی التہاب کی پیچیدگی موجود ہو ان کا علاج شائد عملیہ سے بہتر کیا جاسکتا ہے۔ اگر شعاعی علاج کیا جائے تو مناسب معتاد کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میری کیوری ہاسپیٹل کا معیاری معتاد ۴،۳۰۰ تا ۴،۸۰۰ ملی گرام عنصری ساعات رحم میں' اور ۱،۶۰۰ ملی گرام عنصری ساعات مہبل میں ہے۔ مذبول شیخوخی رحم کی حالت میں دو تہائی معتاد کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

ہرڈن اور جیمیرسن نے جسمِ رحم کے سرطانی سلعہ کے ریڈیئم کے علاج کیلئے مندرجہ ذیل ترکیب عمل پیش کی ہے۔ "ریڈیئم کا معتاد تین الساقات میں تقسیم کر دیا جاتا ہے' جن میں سے ہر ایک بائیس گھنٹہ کا ہوتا ہے' اور یہ ایک اور دو ہفتوں کے وقفوں سے دئے جاتے ہیں۔ یہ دررحمی اور مہبلی الساقات پر مشتمل ہوتا ہے"۔ ریڈیئم کی تقسیم شکل ۴۴.۲ میں ظاہر کی گئی ہے۔ ریڈیئم داخل کرنے سے پہلے کہفۂ رحم کے طول کی پیمائش کر لی جاتی ہے' اور ریڈیئم کی نلیوں کا ایک سلسلہ اس طرح طیار کر لیا جاتا ہے کہ ریڈیئم اس قنال کے تمام طول میں فمِ خارجی سے ۱ سنٹی میٹر کے فاصلہ تک موجود رہے۔ قنال کا یہ حصہ ربڑ کے ایک خالی کف سے بھر دیا جاتا ہے۔ دو چھوٹے چھوٹے ملسافات میں سے جو قرنوں میں رکھے جاتے ہیں ڈہرا تار گذار لیا جاتا ہے جو اتنا خم پذیر ہوتا ہے کہ ملساقات اپنے محل پر برقرار رہتے ہیں۔ سلسلہ بردار مرکزی نلی کے رکھنے سے پہلے ان میں سے ہر ایک ملساق ایک ایک قرن میں رکھ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد مہبلی رقعات (vaginal plaques) جانبی قبووں میں اونچے کر کے قرنوں کے بالمقابل رکھ دئے جاتے ہیں' اور مہبل میں فلیوین گاز بھر دی جاتی ہے۔

تمام دررحمی نلیوں کی تجیب ۱ ملی میٹر پلاٹینم اور ۱.۵ ملی میٹر ربڑ سے کی جاتی ہے۔ ریڈیئم کو اس طرح تقسیم کیا جاتا ہے کہ نلی کے تمام طول میں فی سنٹی میٹر ۸ ملی گرام عنصر موجود ہو۔ دررحمی سلسلہ بردار نلی میں دو سے لیکر چار تک نلیاں ہوتی ہیں' اور اس تعداد کا انحصار کہفۂ رحم کے طول پر ہوتا ہے' اور قرنی نلیاں مختلف طولوں کی ہوتی ہیں' یعنی فرداً فرداً ۱۲ اور ۱۴ ملی میٹر کی۔ دررحمی ریڈیئم کی کل مقدار ۵۰ تا ۸۰ ملی گرام عنصر ہوتی ہے۔ مہبلی رقعات میں سے ہر ایک میں ۲۰ ملی گرام ریڈیئم ہوتا ہے جو چار نلیوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ ملسافات ۲ ملی میٹر موٹی چاندی کے بنے ہوتے ہیں' اور ریڈیئم کے ظروف کی دیواریں ۰.۳ ملی میٹر موٹی اور پلاٹینم کی

ہوتی ہیں ۔ ملسافات ربڑ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں جو ۵ء ا ملی میٹر موٹا ہوتا ہے۔

سلوی سَرطانی سلعہَ

(CHORIONIC CARCINOMA)

اگرچہ اصابات کی ایک بڑی اکثریت میں رحم ہی وہ عضو ہے جس پر خبیث سلعہ کی اس دلچسپ قسم کا حملہ ہوتا ہے، مگر بعض اوقات استثنائی حالتیں بھی دیکھنے میں آتی ہیں۔ جن میں ابتدائی بالید گاہ مہبل، شفرتین، فلوپی نلی یا بیضین میں پائی جاتی ہے۔

تکوین النسجہ (histogenesis) کے لحاظ سے اس کا ایک مخصوص خاصہ یہ ہے کہ یہ جنینی بافتوں سے پیدا ہوتا ہے، یعنی سلیٰ (chorion) کے سرحلمی اور اتصالی بافتوں کے عناصر سے ۔ لہٰذا یہ مرض عموماً انہی عورتوں کو لاحق ہوتا ہے جو کبھی حاملہ رہی ہوں ۔ حمل کے ساتھ اس کا تعلق بعض اوقات بہت ہی دور کا ہوتا ہے اور سلعہ نمودار ہونے سے بیشتر کئی سال گذر جاتے ہیں ۔ بخلاف اس کے یہ بعض اوقات اسقاط یا زچگی کے بعد زمانۂ نفاس ہی میں نمودار ہو جاتا ہے ۔ ہر تین اصابات میں سے ایک میں عین پہلے کا حمل کیسہ نما وحمہ (hydatiform mole) پر ختم ہوتا ہے ۔ موخرالذکر عارضہ کی قلت و قوع کو ذہن نشین رکھنے سے سلوی سرطان کے ساتھ اس کے اکثر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہو جائیگی۔

جن اصابات میں ابتدائی بالید فلوپی نلی یا مبیض میں پائی گئی ہے ان میں یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ یہ اعضا بہت پہلے خارج الرحم حمل کا محل رہ چکے ہیں ۔ جب ابتدائی بالید فرجی یا مہبلی ہوتی ہے تو یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ مشیمی بافت کی تنصیب شائد کسی خراشیدگی پر ہوگئی ہوگی ۔ بہرحال شاذ شاذ موقعوں پر سلوی سرطانی سلعہ کے منصف (mediastinum) یا مردانہ خصیہ میں واقع ہونے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ ابتدائی برونی بالیدیں شائد مسخ شدہ سلعی اصل کی ہیں ۔ اور یہ درحقیقت ممکن ہے کہ خاطی "تولیدی" ("genetic") خلیہ کی جو "بدنی" ("somatic") خلیہ سے مختلف ہوتا ہے، غیر طبعی فعالیت اس توجیہ کے مقابلہ میں جو سابقہ غیر مشتبہ خارج الرحم حمل یا مشیمی بافت کے پیوند پر مبنی ہے، مبیض، فلوپی نلی، یا فرج میں سلوی سرحلمی سلعہ کے ابتدائی نمو کی ذمہ دار ہو۔

ا۔ رحم کا سلوی سرطانی سلعہ (Chorionic Carcinoma) (ایم۔ ہینڈفیلڈ۔ جونز)۔ بالید کے نزفی خاصہ اور اس کے جسم رحم تک محدود رہنے کو غور سے دیکھا جائے۔

ب۔ پھیپھڑے کا حصہ جس میں سلوی سرطانی سلعہ (Chorionic Carcinoma) کے ثانوی مطروحات دکھائی دیتے ہیں (کتھبرٹ لا کیر)۔ سروحات (metastases) کا نزفی خاصہ بخوبی ظاہر ہے۔

امراضیاتی تشریح - رحم میں بالید بالعموم قعر میں یا مقدم اور موخر دیواروں کے

شکل ۱۴۱ ۳ - رحم کا سلوی سرطانی سلعہ (Chorionic Carcinoma)۔ عدید الولادات
عمر ۲۶ سال - رحم کلانی یافتہ ہے، لیکن اس کی سطح سوائے قعر کے ہموار ہے۔
یہاں ایک تاریک رنگ کا کریہی تودہ دکھائی دیتا ہے، اور باریطونی غلاف
ابھی تک علیٰ حالہ ہے۔

ہم پہلو حصوں میں یعنی مشیمہ کے طبعی محل پر پیدا ہوتی ہے (دیکھو شکل ۱۴۱ ۳)۔ ہم میں سے
ایک نے تین اصابات کا اوائل مرض میں امتحان کیا ہے اور ان سب سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ

بالید رحمی عضلہ میں گہری شروع ہوتی ہے، دروں رحمہ علیٰ حالہ رہتا ہے، اور یہ خبیث عمل سے

شکل ۳۴۲ - رحم کا سلوی سرطانی سلعہ (Chorionie Carcinoma)۔ یہ وہی نمونہ ہے جو شکل ۳۴۱ میں دکھایا گیا ہے۔ قعر پر کا کر یبچی ابھار شائد کسی دروں دیواری سروح (metastasis) کو ظاہر کرتا ہے، اور یہ بقیہ بالید سے یعنی عضلی بافت کی ایک تہ سے علیحدہ ہے۔ کہفۂ رحم کے نیچے کے حصّے میں ایک منفرد سعدانہ نما سروح بھی دکھائی دیتا ہے۔

متاثر نہیں ہوتا۔ ان اصابات میں ارحام کے عضلی نظام کی صرف تراشیں لینے ہی سے تو بالید کے ماسکات کا انکشاف ہُوا (دیکھو شکل ۳۴۳)۔ بعد ازاں سلعہ کہفۂ رحم میں آجاتا ہے اور اس سے

یہ عضو متشاکل طور پر کلانی یافتہ ہو جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۹)۔ زیادہ شاذ طور پر باریطونی سطح کے نیچے ابھر آنے کی وجہ سے اس سے ایک کربیجی تحت مصلی تودہ بھی بن جاتا ہے (دیکھو شکل ۳۴۴)۔ اور ایک اصابہ میں جس کا اندراج ہم میں سے ایک نے کیا ہے، باریطونی طبقہ متاکل ہو گیا تھا، جس سے مہلک التہاب باریطون پیدا ہو گیا تھا۔ بالید بذات خود نرم اور تاریک رنگ کی ہوتی ہے اور اس میں سے نزف بکثرت واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۹)، اسکی بافتوں کی حیویت کم ہوتی ہے، اور اس لئے ان میں شکستگی واقع ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ پرانے حصے عام طور پر فواضل (debris) اور خون کے تھکوں پر مشتمل ہوتے ہیں، اور ممیز خلوی عناصر صرف بڑھتے ہوئے کنارہ پر ہی پائے جاتے ہیں۔ یعنی عضلی بافت پر جو حملہ ہوتا ہے وہ بالعموم مرئی ہوتا ہے، اور کہفۂ رحم کے نیچے کے حصے میں اکثر منفرد انتصابی کربیجے پائے جاتے ہیں۔ اسی طرح کے کربیجے جو بلا واسطہ تنصیب یا دورانِ خون کے ذریعہ سے سروحات سے بنتے ہیں دیوار ہائے مہبل اور فرج میں پائے جا سکتے ہیں۔ ان کربیجوں کا رنگ گہرا ارغوانی ہوتا ہے، اور یہ نرم اور شکستگی پذیر ہوتے ہیں، اور ہاتھ سے پکڑنے پر ان سے بآسانی خون نکلنا شروع ہو جاتا ہے۔ رحمی بالید بڑی جسامت اختیار نہیں کرتی، اور اس لحاظ سے یہ جسمی سرطان سے مشابہت رکھتی ہے۔ ان سلعات کے چند اصابات میں کیسیہ نما وحمہ (hydatiform mole) کے کیسکوں کے مشابہ انگور نما اجسام دیکھے گئے ہیں۔ ابتدائی بالید کا محل خواہ کہیں بھی ہو، اس کی ساخت اور اس کے خواص ایک ہی سے ہیں۔

565

جن خلوی عناصر سے سلوی سرحلی سلعہ (chorionepithelioma) خاص طور پر ممیز ہوتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہیں (دیکھو شکل ۳۴۵)۔ (۱) تخرمایہ کے بڑے بڑے بے ڈھنگے کثیر النوات تودے جن میں خلیہ کے حدود شناخت نہیں کئے جا سکتے۔ یہ سلوی سرحلیہ یا کتلۃ الخلایا (syncytium) کی بیرونی تہوں سے مشتق ہوتے ہیں۔ (۲) چھوٹے چھوٹے کثیر السطوح خلیات جن کے نوات بڑے بڑے ہوتے ہیں۔ یہ خلیات تودوں کی شکل میں مجتمع پائے جاتے ہیں جو ایک دوسرے میں خوب ٹھنسے ہوتے ہیں۔ یہ سلوی سرحلیہ کی اندرونی یعنی لینگ ہنس کی تہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۳) بڑے بڑے یک نواتی خلیات اور کثیر النوات عفریتی خلیات جو یا تو تودوں کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں، یا رحمی بافتوں کے ہیکل پر حملہ آور پائے جاتے ہیں، یہ غالباً (۱) اور (۲) دونوں سے مشتق ہوتے ہیں۔ ان عناصر کے علاوہ بعض اوقات سلوی خملات

(chorionic villi) بھی موجود ہوتے ہیں جو بخوبی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ ان کا منظر یا تو طبعی ہوتا ہے یا ان میں کیسہ کی انحطاط کی ایک حالت پائی جاتی ہے۔ مختلف مشاہدین نے یہ سراغ لگایا ہے کہ مذکورہ بالا ہر سہ اقسام کے خلیات کی پیدائش خملات کے مرحلہ سے

شکل ۳۴۳ - جسم رحم میں سے مستعرض تراش جس میں سلوی سرطانی سلعہ (Chorionic Carcinoma) ابتدائی مدارج میں عضلیہ میں غشائے مخاطی کے نیچے پیدا ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے (ملکم، بیل : Bell اور لاکیر)۔

ہوتی ہے۔

سلعہ کے عناصر میں کوئی واضح ترتیب نہیں پائی جاتی، بلکہ یہ بے قاعدہ تودوں کی شکل میں پائے جاتے ہیں، اور سلوی سرطانی سلعہ کی خردبینی تشخیص کی تعیین کے لئے یہ کافی ممیز ثابت ہوتے ہیں۔

عمر کے جس حصے میں استقرار حمل ہو سکتا ہے اس میں کبھی بھی سلوی سرطانی سلعہ پیدا ہو سکتا ہے ۔ ایک اصابہ کا اندراج سترہ سال کی عمر پر اور ایک کا پچپس سال کی عمر پر کیا گیا ہے ۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ استعداد تولید کی زیادتی اس مرض کے لئے کسی حد تک محرض ہے کیونکہ اصابات کی ایک نسبتہً بڑی تعداد انہی عورتوں میں پائی گئی ہے جن کو پانچ یا زیادہ حمل ہو چکے تھے ۔ ہر

شکل ۳۴۴ ۔ یہ اس بافت کی خردبینی تراش ہے جو شکل ۳۴۳ کے ماسکہ ''ا'' سے الگ کی گئی ہے ۔ دروں عضلی فضا میں کتلۃ الخلایا (syncytium) کے ٹھوس اور خالیہ دار تودے موجود ہیں ۔ شکل ۳۴۵ سے مقابلہ کیا جائے ۔ (ملکم، ببیل اور لاکیئر) ۔

تین اصابات میں سے دو میں عین پہلے کا حمل اسقاط پر منتج ہوا تھا ۔

سلوی سرطانی سلعہ (کوریئون اپی تھیلیوما) کے سریری خصائص ۔ رحم کے تمام دیگر اقسام کے خبیث امراض کی طرح اس مرض کی اولین علامت بھی نزف ہوتی ہے ۔

شکل ۳۴۵ - رحم کا سلوی سرطانی سلعہ (Chorionie Carcinoma) - (مینچر)۔
یہ تراش سلعہ کے لازمی خلوی عناصر کے خواص کو ظاہر کرتی ہے۔

یہ بالعموم ابتدا ہی سے شدید ہوتا ہے، اور اس لحاظ سے یہ اس نزف سے جو غدی سرطانی سلعہ میں پایا جاتا ہے بہت مختلف ہے۔ مزید برآں مریضہ کو یہ بھی معلوم ہو جاتا ہے کہ مواد میں "چھیچھڑے" آ رہے ہیں۔ استثنائی حالتوں میں نزف کی مقدار کبھی بھی معتد بہ نہیں ہوتی۔ نزف کے بافراط اور بار بار واقع ہونے سے شدید عدم دمویت اکثر پیدا ہوتی ہے جس کے ساتھ ضعف (cachexia) بھی پایا جاتا ہے جو عفونتی اور تخریبی بافتوں کے سموم کے جذب ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ بالیدگا تقرح اور موادوں کی تحلیل جو بدبو سے شناخت کی جاتی ہے، معمولی سرطان کی نسبت اس میں جلد واقع ہوتی ہے۔ اور یہ اس عارضہ کا ایک نمایاں خاصہ ہے۔ اس پر کسی قدر تپ کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔ ارتفاعِ تپش عموماً متوسط درجہ کا ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات شدید قشعریرے اور حاد عفونت کی دوسری شہادتیں بھی پائی جاتی ہیں۔

بالیدہ کی خباثت کا درجہ اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور یہ اختلاف خبیث سلعہ کے دوسرے اقسام کی نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ وسیع الانتشار سروحات کی وجہ سے چند ہفتوں ہی میں مہلک ثابت ہوتا ہے، اور بعض اوقات اس کی قتلیت یقیناً متوسط درجہ کی ہوتی ہے، اور اس حالت میں پہلے علامات کے نمودار ہونے کے سال یا اٹھارہ مہینے بعد استیصالی عملیہ کامیاب ثابت ہو چکا ہے۔ انتشار عروقِ خون کے ذریعہ سے واقع ہوتا ہے، اور بالیدہ کے خلوی عناصر کا سراغ برآئندہ وریدوں میں لگایا جا چکا ہے، اور یہ بعید حصوں کی وریدی گذرگاہوں میں پائے جا چکے ہیں۔ اس سلعہ کے خلیات میں عروق کی دیواروں کو متآکل کرنے کی ایک غیر معمولی طاقت موجود ہوتی ہے، اور یہ اس طرح خون کی رو میں پہنچ جاتے ہیں۔ سروحات کے عام ترین محلوں میں سے ایک محل پھیپھڑا ہے (دیکھو صفحہ ۲۹، ب)۔ اور اس کے واقع ہونے کی سریری شہادت نفث الدم اور بعض اوقات پلورائی الضباب ہوتی ہے۔ دماغ، جگر، طحال، اور لبلبہ اور درقیہ پر بھی بعض اوقات حملہ ہوتا ہے۔ دماغ میں سروحات نسبتہً بکثرت پائے جاتے ہیں۔

تشخیص۔ سلوی سرطان کے اصابات بعض اوقات اسقاط کے بعد جلد ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔ اور اس لئے یہ مرض غلطی سے تقیح الدم (سیپٹیمیا) مع احتباس بافت مشیمی تصور کر لیا جاتا ہے، اور اس لحاظ سے اس کا علاج کیا جاتا ہے۔ ان دونوں امراض میں نزف، بدبودار رحمی مواد، ارتفاعِ تپش، اور کلانی رحم، اور رحم کے اندر بافت یا خون کے تھکے سے کے

زیرِ تحلیل فواضل پائے جاتے ہیں۔ رحم کو خالی کرنے سے صورتِ حالات میں ایک عارضی اصلاح ہو جاتی ہے، مگر کچھ عرصہ کے بعد تمام علامات شدت سے عود کر آتے ہیں، اور رحم میں فواضل از سرِ نو معتدبہ مقدار میں پیدا ہو جاتے ہیں اگرچہ پہلے عملیہ میں یہ مکمل طور پر خالی ہو چکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں رحم میں تحلیل ہونے والی بافت کی از سرِ نو پیدائش سلوی سرطانی سلعہ کے وجود کی ایک قوی دلیل ہوتی ہے۔ جن اصابات میں حمل کا تعلق زیادہ بعید ہوتا ہے ان میں اس عارضہ کی حقیقی نوعیت کے متعلق بعض اوقات کوئی خیال بھی پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے کلانی یافتہ رحم کا علاج جس سے نزف ہوتا ہو اور شاید بدبودار مواد بھی آتا ہو عام طور پر اول اول استقصاء اور جرف سے کیا جاتا ہے جس سے خون بکثرت جاری ہو جاتا ہے اور فواضل کی کچھ مقدار باہر نکال لیجاتی ہے۔ جب سے حمل کیلئے زندک ایلشہائیم کا کاشفہ رائج ہوا ہے اس مرض کی تشخیص کیلئے ایک اور مدد مل گئی ہے۔ اگر کیسکی وحمہ (vesicular mole) یا حاصلاتِ حمل کے خارج ہونے کے بعد بھی کاشفہ مسلسل "مثبت" رہے، یا "منفی" زمانہ کے بعد پھر "مثبت" ہو جائے تو اس امر کا احتمال ہوتا ہے کہ سلوی سرطانی سلعہ پیدا ہو رہا ہے۔ یہ کاشفہ اس قدر اہم ہے کہ اسکی بناء پر یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ مذکورہ صورتِ حالات میں زندک ایلشہائیم کے مثبت تعامل کو خباثت کیلئے کافی شہادت تصور کیا جا سکتا ہے، اور یہ تشخیصی جرف کی ضرورت پر دلالت کرتا ہے۔ موخر الذکر سے بالید کے جوئے خون کے ذریعہ سے منتشر ہو جانے کا لازمی طور پر خطرہ ہوتا ہے۔ آخری تشخیص ایک ہوشیار ماہر خردبین ہی کر سکتا ہے، اور اگر جرف (curettage) کیا جائے تو رحم سے جو بافت الگ کی جائے وہ تمام کی تمام حتی الامکان جلد از جلد ماہر امراضیات کے پاس بھیج دی جائے۔

اس کا علاج جو عام طور پر کیا جاتا ہے، رحم کا استیصال ہے۔ چونکہ ان مریضوں میں سے بہت سے خطرناک حالت ہی میں اول مرتبہ مشاہدہ میں آتے ہیں اس لئے عملیہ کی ابتدائی شرحِ اموات غیر معمولی طور پر زیادہ ہے۔ کئی ایک مریضوں میں ابتدائی بالید کے دور کر دینے کے بعد ایسے حصوں میں سرِ وجات غائب ہو جاتے ہیں، جہاں ان کا براہِ راست مشاہدہ کیا جا سکتا ہے مثلاً دیوارِ مہبل میں۔ مترقی اصابات میں جو شکم شگافی کے لئے غیر موزوں ہوتے ہیں ریڈیم استعمال کیا جا چکا ہے۔ ٹی۔ بی۔ سیلرس (T. B. Sellors) نے ایک اصابہ کا اندراج کیا ہے جس میں ریڈیم داخل کرنے کے دو ماہ بعد جب رحم نکالا گیا تو اس میں سابقہ

بالیدہ کا کوئی شائبہ موجود نہیں تھا۔ ایک اور اصابہ میں جسکا حال ہی میں ہم (بی۔ ڈبلیو) نے علاج کیا تھا، اور جسمیں نفث الدم ریوی سرو حات کی موجودگی پر دلالت کرتا تھا، رحم کا ریڈیم کی "پیریس" کی ترکیب عمل سے علاج کرنے سے (دیکھو صفحات 542 تا 544) علامات غائب ہو گئے۔ زندک الیتھابیم کا کاشفہ جو پہلے بشدت مثبت تھا منفی ہو گیا، اور مریضہ بارہ ماہ بعد تک زندہ اور تندرست رہی۔

569

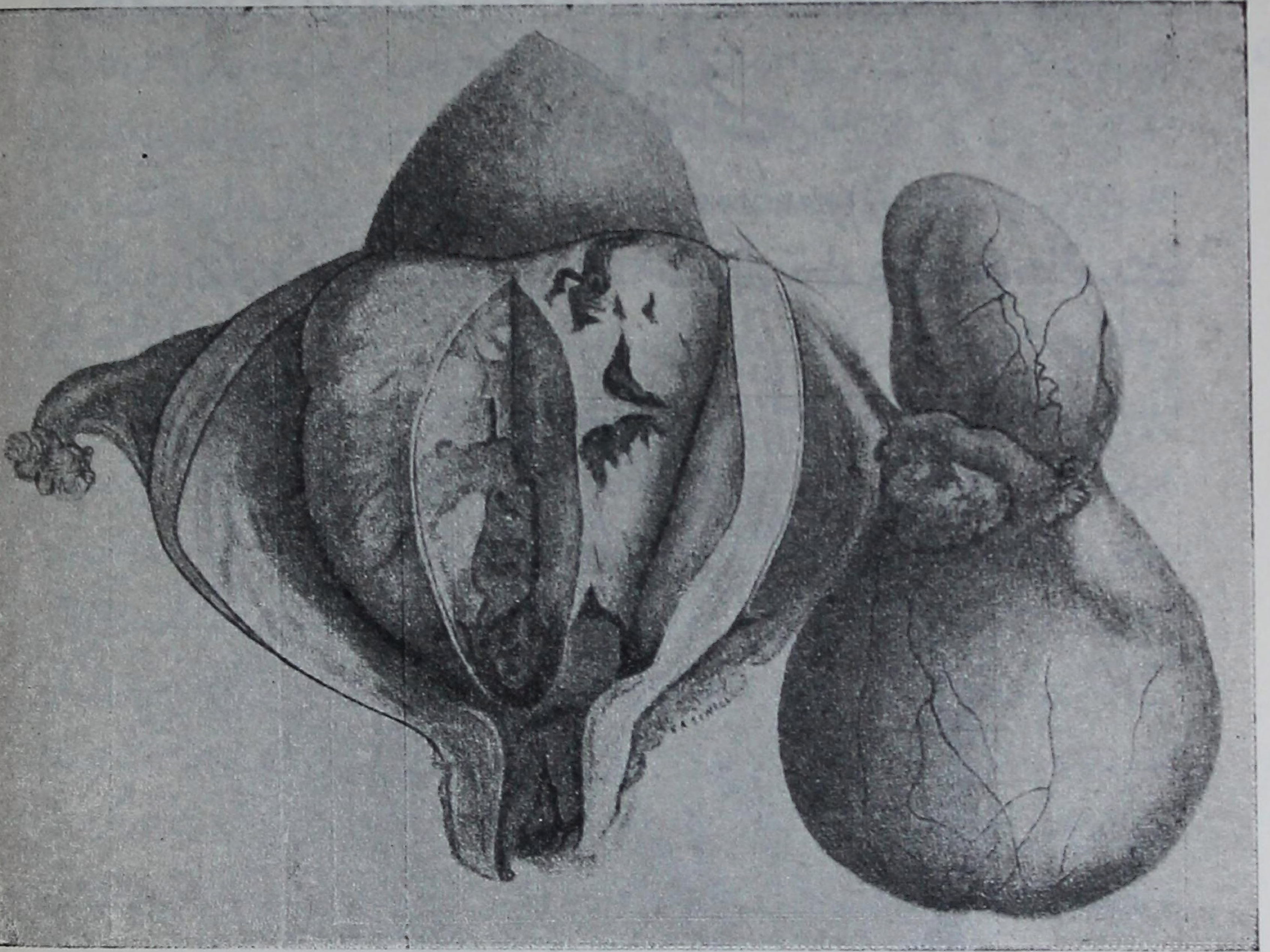
رحم کا سلعۂ لحمیہ

(SARCOMA OF THE UTERUS)

رحم کی جملہ خبیث بالیدوں میں سے سلعۂ لحمیہ کی تعداد ۵ فی صدی ہے، اور اسلئے

شکل ۳۴۶۔ دیوار رحم کا محاط سلعۂ لحمیہ (Circumscribed Sarcoma)۔ کثیر الولادت، عمر ۶۰ سال۔ قعر پر بالیدہ دیوار رحم پر حملہ کر چکی ہے، اس کا نیچے کا حصہ کہفۂ رحم میں ابھر آیا ہے۔

لے T. B. Sellors. *Am. Jl. Obst. and Gyn.*, 10. 1925, 741.

یہ اس عضو کی خبیث بالیدوں میں سب سے زیادہ نادر الوقوع ہے۔ سلعۂ لحمیہ اور سرطانی سلعہ کا اضافی تواتر تقریباً ۱ : ۴۰ تا ۵۰ ہے۔

شکل ۴۰۳۔ رحم کا محاط سلعۂ لحمیہ (Circumscribed Sarcoma)۔ یہ بالید رحم کی مقدم دیوار کے ایک محاط تحت مخاطی سلعہ کی شکل کی ہے۔ دائیں جانب پر بیض کا ایک مسخوطی سلعی دویرہ (teratomatous cyst) ہے۔

سلعۂ لحمیہ جسمِ رحم اور عنق میں ابتدائی طور پر شروع ہو سکتا ہے، اور ان کا اضافی تواتر ۵ : ۱ ہے۔ چنانچہ مقامِ ابتدا کے لحاظ سے رحم کا سلعۂ لحمیہ اس کے سرطانی سلعہ سے جو عنق کی نسبت جسمِ رحم میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے ایک نمایاں اختلاف رکھتا ہے۔

مزید برآں رحم کے سر حلمی اور میاں ناہضی اجزائے ترکیب میں جہاں تک ان کا نو بالیدوں سے تعلق ہے، ایک بہت بڑا تضاد پایا جاتا ہے۔ میاں ناہض (عضلہ اور اتصالی بافت) سلیم سلعات (لیفی عضلی سلعات) کا ایک عام مبداء ہے، مگر میاں ناہضی خبیث بالیدیں (سلعاتِ لحمیہ) نادر الوقوع ہیں۔ بخلاف اس کے سر حلمہ خبیث سلعات (سرطانی سلعات) کی ابتدا کے لئے ایک عام محل ہے، مگر سلیم بالیدیں (غدی سلعات، حلیمی سلعات) بہت نادر الوقوع ہیں۔ لہٰذا سر حلمہ ہی اس انتہائی میلان کا ذمہ دار ہے جو رحم میں خبیث بالیدوں کی طرف پایا جاتا ہے۔

ایک اور فرق یہ ہے کہ سرطانی سلعہ کی زیادہ قلیل الوقوع قسم، یعنی جسمی سرطان، میں انذار نسبتہً اچھا ہوتا ہے، مگر جسم رحم کے سلعۂ لحمیہ میں انذار خراب ہوتا ہے جیسا کہ عنق کے سلعۂ لحمیہ میں ہوتا ہے۔

اغراضِ بیان کے لئے رحم کے سلعاتِ لحمیہ کی تقسیم مندرجہ ذیل طریقہ سے کیجا سکتی ہے۔

۱۔ لیفی عضلی بافت (سنخیہ (parenchyma: کا سلعۂ لحمیہ۔
- (ا) منتشر (Diffuse)۔
- (ب) محاط (Circumsbribed)۔
- (ج) لیفی عضلی سلعہ میں پیدا ہونے والا۔

۲۔ دروں رحمہ کا سلعۂ لحمیہ۔
- (ا) منتشر۔
- (ب) محاط جس میں عنق کا "انگور نما" سلعۂ لحمیہ شامل ہے۔

۳۔ سلعۂ لحمیہ کے خاص اقسام۔
- (ا) خبیث سلعۂ املس (Malignant leioma)۔
- (ب) ملانینی سلعۂ لحمیہ (Melano-sarcoma)۔
- (ج) مخاطی سلعۂ لحمیہ (Myxo-sarcoma)۔
- (د) لمفی سلعۂ لحمیہ (Lympho-sarcoma)۔
- (ہ) شحمی عضلی سلعۂ لحمیہ (Lipo-myosarcoma)۔
- (س) وعائی سلعۂ لحمیہ (Angio-sarcoma)۔
- (ص) غضروفی سلعۂ لحمیہ (Chondro-sarcoma)۔
- (ط) مخطط عضلی سلعۂ لحمیہ (Rhabdo-myosarcoma)۔

۴۔ درحلمی سلعہ (Endothelioma) اور گرد درحلمی سلعہ (periendothelioma)۔

دیوارِ رحم کا سلعۂ لحمیہ۔ دیوارِ رحم میں دو قسم کے سلعاتِ لحمیہ پیدا ہوتے ہیں۔